

第 2 号様式（第 3 条関係）

福祉タクシー等料金助成券切替申請書

年 月 日

大 府 市 長 殿

申請者 住 所
氏 名
電 話
郵便番号

（ 1 8 歳未満の場合は、保護者が申請すること。）

下記のとおり、福祉タクシー等料金助成券を切り替えてください。

記

申請者に同じ場合は以下の住所・氏名欄の記入の必要はありません。

対 象 者	住 所	大府市 町		
		電話 ()		
	フリガナ 氏 名		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	変更事由 及び切替 希望タク シー (いずれかの □に☑を入れ てください)	☐ 身体障害者手帳（1 級・2 級） ☐ 療育手帳（A 判定） ☐ 要介護認定（要介護 3・要介護 4・要介護 5） 被保険者番号 () 認定期間 (年 月 日～ 年 月 日)		☐ 福祉タクシー ☐ リフト付福祉タク シー ☐ リフト付福祉タク シー
変更理由				
確認事項 (□に☑を入れて ください)		☐ 現在、(軽) 自動車税の減免を受けていません。 ☐ 申請するタクシー以外の料金助成を受けていません。 ☐ 家族や友人への譲渡等は不正行為となります。		

助成券交付年月日	年 月 日
助成券交付番号	第 一 号

※ 既に交付を受けている福祉タクシー等料金助成券の未使用分を添付してください。