

令和 年 月 日

東大阪市重度障害者リフト付福祉タクシー利用料金助成事業協力事業者申込書

(あて先) 東大阪市長

事業者

住 所

事業者名

代表者名

⑩

電話

F A X

リフト又は スロープ式 の車両保有 台数	大型車 台 中型車 台 小型車 台
主に乗務さ れる方	
備 考	

※ 介護タクシーの許可書・約款の認可書・運賃及び料金の認可書の写しを添付してください。

申し込み以降、市より所定の請求用紙及び注意事項を送付いたします。