

様式第1

重度障害者リフト付福祉タクシー利用申請書

令和 年 月 日

(あて先)東大阪市長

申請者

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

電 話 _____

利用者との関係(_____)

東大阪市重度障害者リフト付福祉タクシーの利用について、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実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

利 用 者	住 所	東大阪市		
	フリガナ		性 別	男・女
	氏 名			
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
	電話番号			
	障 害 名		障害等級	
	手帳番号		交付年月日	
備 考				