様式第２

重度障害者リフト付福祉タクシー利用（変更）申請書

　　年　　月　　日

(宛先)東大阪市長

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

住所

氏名

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 | 　 |
| 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 | 同上　・　　　　　－　　　　－　　　　 |
| 障害名 | □　両下肢機能全廃（１級）□　両大腿1/2以上欠損（１級）□　体幹機能障害（１級）□　脳原性移動障害（１級）□　脳原性上肢・移動障害（１級）□　四肢機能障害（１級） |
| 手帳番号 | 　 | 交付年月日 |  |
| 送付先 | □利用者宛　　　　　　□申請者宛（チェックの無い場合は利用者宛へ送付いたします。） |
| 備考 |  |