様式第１

　　年　　月　　日

（ 新規・変更・廃止 ）

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者（変更・廃止）

届出書

（宛先）東大阪市長

　　　　　　　　　　　　　　　事業者

住　　所

事業者名

代表者の職・氏名

電話

ＦＡＸ

事業者の登録を行いたいので、下記の書類を添えて申請します。

東大阪市暴力団排除条例第２条第２号及び第３号に掲げる者のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

・介護タクシーの許可書の写し

・約款の認可書の写し

・運賃及び料金の認可書の写し

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |