

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	<input type="checkbox"/> 両下肢機能全廃（1級） <input type="checkbox"/> 両大腿1/2以上欠損（1級） <input type="checkbox"/> 体幹機能障害（1級） <input type="checkbox"/> 脳原性移動障害（1級） <input type="checkbox"/> 脳原性上肢・移動障害（1級） <input type="checkbox"/> 四肢機能障害（1級）		
	手帳番号		交付年月日	
送 付 先	<input type="checkbox"/> 利用者宛 <input type="checkbox"/> 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				