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 | |  | | | | | |