

様式第3（第6条関係）

障害者福祉タクシー料金助成用通院報告書

安城市長

注意1 2か月以上の期間、1週間につき2回以上の通院が必要な場合に報告してください。

2 太枠の中のみ記入してください。

申請者記入欄

		報告日	年 月 日
申請者住所	安城市		
申請者氏名	(フリガナ)	電話	—

医療機関記入欄

申請者の病名			
通院を要する回数及び期間	週 _____ 回	かつ	_____ か月以上
<p>上記のとおり通院を要することを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関等 所在地 名 称 医師等氏名 (※)</p> <p>※本人が手書きしない場合は記名押印してください。</p>			

事務処理欄

タクシー利用券の番号	第 _____ 号
タクシーの種別	一般タクシー ・ 車いす・ストレッチャー乗車専用タクシー（普通・大型）
高齢者タクシー料金助成利用券の交付	交付を受けている ・ 交付を受けていない
障害者システムへの入力	入力日（ _____ 年 _____ 月 _____ 日）