

様式第4 (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
上記のとおり通院を要することを証明します。 年 月 日 医療機関等 所 在 地 名 称 医師等氏名 (※) ※本人が手書きしない場合は記名押印してください。	

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・特定大型）
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）