

坂 出 市 長 殿

届出者
住 所

氏 名
電 話

坂出市障がい者福祉タクシー利用者異動届

坂出市障がい者福祉タクシー事業の要件に該当しなくなったため、坂出市障がい者福祉タクシー助成事業実施要綱第10条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

利用者氏名	交付番号
異動理由	<input type="checkbox"/> 死亡した。 <input type="checkbox"/> 転出した。 <input type="checkbox"/> 手帳の判定が1級または㊤でなくなった。 <input type="checkbox"/> 入院または施設等に入所等した。 <input type="checkbox"/> その他（ ）
異動事由 発生日	年 月 日

- (注) 1 該当する項目に☑をつけてください。
2 未使用の助成券がある場合は添付してください。