

様式第2号(第9条第1項関係)

熊本市障がい者福祉タクシー利用券返還届

年 月 日

熊本市長 (宛)

届出者

住 所

ふりがな

氏 名

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日

対象者(障がい者)との続柄

電話 ( )

下記の理由により、障がい者福祉タクシー利用券を返還することを届け出ます。

返還事由	1 障害程度の変化等により手帳の等級が交付対象外となったため 2 市外転出のため 3 対象者(障がい者)が死亡したため 4 その他( )
返還事由 発生日	年 月 日
利用券	① 福祉タクシー利用券 ② 患者等輸送タクシー利用券
返還枚数	枚

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平・令
対象者氏名			年 月 日
住 所			

タクシー券番号