

様式第3号(第9条第2項関係)

熊本市障がい者福祉タクシー利用券返還不能届

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の返還が不能であること届け出ます。

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 ()
返還不能事由	1 障がい者福祉タクシー利用券を全て利用したため 2 障がい者福祉タクシー利用券を紛失したため 3 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

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

タクシー券番号