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 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 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 |
|  |