

様式第3（第5条関係）

<h3>障害者福祉タクシー料金助成用通院報告書</h3>	
年 月 日	
知立市長 様	
申請者 住所 知立市 氏名	
次のとおり通院しているので、報告します。	
申請者の病名	
通院回数	週 回通院中である。
通院期間	年 月 から
以上のとおり、通院していることを証明します。	
年 月 日	
医療機関等 所在地 名 称 ⑩ (医師等氏名 ⑩)	

※この報告書は、知立市障害者福祉タクシー券の追加交付に必要なものです。

追加交付の対象者は、医療機関等に週2回以上通っている方です。追加交付申請には医師又は医療機関等の印による通院回数の証明を受けたこの報告書が必要です。