

様式第 3 号（第 10 条関係）（用紙 日本産業規格 A 4 縦型）

長泉町障害者タクシー利用料金助成資格喪失届

年 月 日

長泉町長 様

届出者 住 所
氏 名 ⑩
(障害者との関係)

下記の理由により長泉町障害者タクシー利用料金の助成の資格がなくなりましたので届け出ます。

利 用 券 番 号	第 号
障 害 者 の 住 所	長泉町
障 害 者 の 氏 名	
資 格 喪 失 の 理 由	1 死亡した。 2 長泉町に住所を有しなくなった。 3 障害程度の変更により助成対象者でなくなった。 4 自動車税又は軽自動車税の減免を受けた。 5 社会福祉施設等に入所した。 6 その他()
上 記 理 由 が 発 生 し た 日	年 月 日

*お願い 未使用のタクシー利用券を添付してください。