

(様式第2号)

移動困難申出書

次のとおり、私は通院等の移動の際に、他人の介助によらず移動することが困難であり、かつ、単独でタクシーその他の公共交通機関の利用が困難であることを申し出ます。

年 月 日

住所

氏名

㊟

1 身体状況・日常生活の状況等

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2 乗降時に必要な介助等

.....
.....
.....
.....
.....

3 単独でタクシーその他公共交通機関の利用が困難な状況

.....
.....
.....
.....

運送団体による確認

上記の申出のあった内容については、事実と相違ありません。

年 月 日

団体名

代表者名

㊟