

様式第3号（第5条関係）

松阪市重度身体障がい者福祉タクシー協力事業者指定申請書

令和 年 月 日

（宛先）松阪市長

所在地
申請者 名 称
代表者

印

松阪市重度身体障がい者福祉タクシー料金助成事業実施要綱第5条の規定に基づく協力事業者として指定を受けたいので、同条第2項の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

| | | |
|---|-------------------------------|--|
| 指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 | (フリガナ) | |
| | 事業所の名称 | |
| | 事業所の所在地 | |
| | (フリガナ) | |
| | 代表者の職・氏名 | |
| | 事業所電話番号 | |
| | 一般乗用旅客自動車 運送事業許可年月日 | 年 月 日 |
| | 福祉タクシー (車いす用タクシー) 運賃の額等 | <input type="checkbox"/> 距離制 (円) <input type="checkbox"/> 時間制 (円) ※一般乗用旅客自動車運送事業認可証(写)を添付してください。 |
| タクシー乗車券に記載する タクシー呼出電話番号 | | |
| 申請担当者 | (電話番号) | |

※ 添付書類

- 一般乗用旅客自動車運送事業許可証 (写)
- 一般乗用旅客自動車運送事業認可証 (写)