

年 月 日

さぬき市長 殿

届出者住所  
氏名  
電話番号

障害者福祉タクシー利用者異動届

障害者福祉タクシー助成事業の要件に該当しなくなったため、さぬき市障害者福祉タクシー助成事業実施要綱第11条第1項の規定により次のとおり届け出ます。

利用者氏名		交付番号	
異動理由	<input type="checkbox"/> 死亡した。 <input type="checkbox"/> 転出した。 <input type="checkbox"/> 手帳の判定が1級若しくは2級又は(A)でなくなった。 <input type="checkbox"/> 市民税が課された。 <input type="checkbox"/> 利用者又は世帯員が自動車税又は軽自動車税の減免措置を受けた。 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
異動事由発生日	年 月 日		

- (注) 1 該当する項目に✓を付けてください。  
2 未使用の助成券がある場合は、添付してください。