タ ク シ ー 利 用 必 要 意 見 書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏名 | ※ | 認定番号 | ※ | |
| 所属 | ※ | | | |
| 傷病名 |  | | | |
| タクシー利用  が必要な期間 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | | 日間 |
| タクシー利用  が必要な経路 | から　　　　　　　　　　　まで　　約　　　㎞ | | | |
| 必要理由  必ず医療担当者が具体的に記入してください。 |  | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。    　　　年　　　月　　　日  所 在 地  医療機関の　名　　称  担当医師 | | | | |

（注）　※欄は被災職員が記入すること。　　　　　　　　　　　地公災大阪府支部様式