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