

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 km		
必 要 理 由	<p>▷必ず医療担当 者が具体的に 記入してくだ さい。</p>		
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="margin-right: 10px;">医療機関の</div> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> <p style="margin: 0;">所在地</p> <p style="margin: 0;">名 称</p> <p style="margin: 0;">担当医師</p> </div> </div>			

(注) ※欄は被災職員が記入すること。

地公災大阪府支部様式