

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="font-size: 3em; margin-right: 10px;">{</div> <div style="text-align: left;"> <p>所在地</p> <p>名 称</p> <p>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