

（タワラモトンタクシー制度申請用）

## タワラモトンタクシー利用料金助成事業実施要綱

### 第3条第4号に基づく証明

申請人 住所：  
氏名：  
生年月日： 年 月 日生

上記申請人が、「タワラモトンタクシー制度」の登録証・利用券を申請するにあたり、自主的な移動が困難である期間等について、下記のとおり証明します。

#### 記

上記の者は、障害または疾病により、自主的な移動が困難である（要介護認定における主治医意見書中の「日常生活の自立度の判定基準」において、概ねランク A・B・C 相当）状況が2ヶ月以上継続するものと認められる。

令和 年 月 日

医療機関の名称

所在地

連絡先

医師名

印

この証明書は、田原本町が実施する「タワラモトンタクシー制度」の登録証・利用券交付申請書に添付することを目的に発行されるものです。

国保中央病院受診者でこの証明を受けようとする方は、国保中央病院総合窓口へ提出願います。

お問い合わせ先 田原本町役場 町長公室 企画財政課

Tel 0744-34-2083