

# 証 明 書

(タワラモトタクシー制度申請用)

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 ・ 疾 病 (どちらかを○で選択)により、継続して2ヶ月以上自主的な移動が困難であると認められる。

自主的な移動が困難である期間は、証明した日から

(2・3・4・その他【                      】)ヶ月間 (いずれかを選択)

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。

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