様式第3号（第5条関係）

出雲市障がい者福祉タクシー利用券に関する意見書

○氏名：

○生年月日：　　大・昭・平・令　　　年　　　月　　　日（　　　歳）

○住所：　　出雲市

○身体状況（疾病等）：

上記の者は、外出の際、常時　　車いす専用車　・　ストレッチャー専用車　　の利用の必要を認めます。

　　　年　　　月　　　日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師氏名