

(三宅町地域公共交通タクシー補助事業申請用)

三宅町地域公共交通タクシー補助事業要綱

第2条第1項第4号に基づく証明

申請人 住所
(利用者) 氏 名
生年月日 年 月 日生

上記申請人が「三宅町地域公共交通タクシー補助事業」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カ月以上自主的な移動が困難であると認められる。

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、三宅町が実施する「三宅町地域公共交通タクシー補助事業」の申請書に添付することを目的に発行されるものです。

問い合わせ先:三宅町役場 経営戦略課

☎0745-44-3070