

重度障がい者等タクシー給付券 (32枚綴)

表紙 表

年度	〇	〇
不		No. 1-00000
大阪市重度障がい者等タクシー給付券		
受給者氏名	様 歳	冊目
		有効期間 年4月1日から 年3月31日まで
<p>※ 給付券は、大阪市と契約関係にある事業者が運行するタクシーのみ使用できますので、乗車前に必ず確認してください。</p> <p>※ 1回の乗車につき、1枚しか使用できません。</p> <p>※ 給付券を使用するときは、必ず身体障がい者手帳または療育手帳を乗務員等に呈示してください。呈示しない場合は、ご使用になれません。</p> <p>※ 裏面の注意事項もお読みいただき、外出時の一助にお役立てください。</p>		

85mm

165mm

表紙 裏

《注意事項》	〇	〇
<p>1 乗降に際し、介護人を必要とされる方は、介護人とともにご乗車いただけます。</p> <p>2 この給付券は、日常生活を営むうえで、タクシーの利用が必要な場合、初乗り料金(1メートル)を定額給付することにより、重度障がい者等の社会参加を促進し、もって福祉の向上を目的としております。初乗り料金(1メートル)の9割が給付額未満の場合でも、おつりは出ません。</p> <p>3 給付券を受領したら、すべての本券(右側)の受給者氏名欄に氏名(苗字・名前とも)を事前に記入しておいてください。受給者本人が記入しがたい場合は代理の方が記入してください。給付券を使用するときは、本券の太枠内に記入し、ミシン目から切り離して、乗務員にお渡しください。控え(左側)のメモ欄は、必要なときにご記入ください。</p> <p>4 1冊の給付券は32枚で、年間3冊(96枚)まで申請に基づき交付させていただきますが、交付月により枚数(月8枚で換算)が異なりますので、ご注意ください。</p> <p>5 不適切な使用があったときは、未使用の給付券を回収し、相当料金を大阪市に返還していただくとともに、以降の給付券は交付しません。</p> <p>6 ご利用の要件に該当しなくなった時(市外転出、死亡等)やご不要になった時は、各区保健福祉業務担当にお返しください。</p>		
発行元：大阪市 福祉局 障がい者施策部 障がい福祉課		

10mm

重度障がい者等タクシー給付券 (32枚綴)

給付券 表

<p>重度障がい者等タクシー給付券(控)</p> <p>No. 1-00000-00</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">乗車日</td> <td style="width: 15%;">年</td> <td style="width: 15%;">月</td> <td style="width: 15%;">日</td> </tr> <tr> <td>乗車時間</td> <td>午前・午後</td> <td>時</td> <td>分</td> </tr> </table> <p style="color: red; font-weight: bold;">太枠内は利用者側でご記入ください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">メモ欄</td> </tr> <tr> <td>乗車場所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>降車場所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>会社名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支払金額</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> </table>	乗車日	年	月	日	乗車時間	午前・午後	時	分	メモ欄		乗車場所		降車場所		会社名		支払金額	円	<p style="text-align: center;">○ 年度 ○</p> <p>重度障がい者等タクシー給付券(本券) No. 1-00000-00</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">乗車日</td> <td style="width: 15%;">年</td> <td style="width: 15%;">月</td> <td style="width: 15%;">日</td> </tr> <tr> <td>乗車時間</td> <td>午前・午後</td> <td>時</td> <td>分</td> </tr> <tr> <td>受給者氏名</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <p style="color: red; font-weight: bold;">太枠内は利用者側でご記入ください。</p> <div style="text-align: center; border: 2px solid black; padding: 10px;"> 金500円 </div> <p style="font-weight: bold;">500円未満の場合 _____ 円</p> <p style="color: red; font-size: small;">給付額は、初乗り料金(1メートル)の9割の額または500円のいずれか低い額です。初乗り料金(1メートル)の9割の額が500円未満の場合は、金額をご記入ください。</p> <p>有効期間 年4月1日から 年3月31日まで</p> <p style="text-align: right;">大阪市長 市長印</p>	乗車日	年	月	日	乗車時間	午前・午後	時	分	受給者氏名			
乗車日	年	月	日																												
乗車時間	午前・午後	時	分																												
メモ欄																															
乗車場所																															
降車場所																															
会社名																															
支払金額	円																														
乗車日	年	月	日																												
乗車時間	午前・午後	時	分																												
受給者氏名																															

85mm

165mm

給付券 裏

<p style="text-align: center;">○ ○</p> <p>タクシー乗務員の方へ</p> <ol style="list-style-type: none"> 身体障がい者手帳または療育手帳の提示がない場合は、給付券を受け取らないでください。 この給付券の提出があったときは、身体・知的障がい者割引後の乗車料金から、初乗り料金(1メートル)の9割の額または500円のいずれか低い額を差し引いた金額を受け取ってください。給付額が500円未満の場合は、表面に金額をご記入ください。 この給付券は、大阪市と契約関係にある事業者が運行するタクシーのみ使用できます。 表面太枠内の受給者氏名等に記入のないもの、1回の乗車に2枚以上及び有効期間を過ぎたもの並びに発行者印のないものは受け取らないでください。不適切な使用があったときは、給付券の発行番号を発行元までお知らせください。 <p style="text-align: center; font-size: small;">発行元:大阪市 福祉局 障がい者施策部 障がい福祉課</p>	<p style="text-align: center;">ご記入をお願いいたします</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">会社名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>乗務員氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>車両番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>割引後料金</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>利用者支払額</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> </table> <p style="font-size: small;">発行元:大阪市 福祉局 障がい者施策部 障がい福祉課</p>	会社名		乗務員氏名		車両番号		割引後料金	円	利用者支払額	円
会社名											
乗務員氏名											
車両番号											
割引後料金	円										
利用者支払額	円										

50mm

10mm

重度障がい者等タクシー給付券（32枚綴）

交付申請書 表

保健福祉センター	階数	窓口
北区 福祉課(一般福祉担当)	3階	33番
都島区 保健福祉課(福祉)	2階	24番
福島区 保健福祉課(地域福祉)	2階	21番
此花区 保健福祉課(地域福祉)	1階	8番
中央区 保健福祉課(保健福祉)	4階	43番
西区 保健福祉課(地域福祉)	3階	32番
港区 保健福祉課(保健福祉)	3階	32番
大正区 保健福祉課(地域福祉)	3階	33番
天王寺区 保健福祉課(福祉サービス)	2階	22番
浪速区 保健福祉課(障がい者支援)	3階	32番
西淀川区 保健福祉課(障がい者支援)	2階	22番
淀川区 保健福祉課(保健福祉)	3階	32番
東淀川区 保健福祉課(高齢者・障がい者)	2階	27番
東成区 保健福祉課(福祉)	2階	24番
生野区 保健福祉課(福祉サービス)	2階	21番
旭区 保健福祉課(地域福祉)	2階	28番
城東区 保健福祉課(福祉)	1階	17番
鶴見区 保健福祉課(福祉)	1階	13番
阿倍野区 保健福祉課(福祉)	1階	2番
住之江区 保健福祉課(福祉)	1階	3番
住吉区 保健福祉課(保健福祉)	2階	26番
東住吉区 保健福祉課(福祉)	2階	28番
平野区 保健福祉課(地域福祉)	3階	33番
西成区 保健福祉課(地域福祉)	5階	51番

○ ○

タクシー給付券の残りが8枚になりましたので、裏面の交付申請書に必要事項（下線箇所）を記入し、お住まいの区保健福祉センターの左記窓口へお渡しください。

ご本人または代理人の方が窓口に来ていただく場合は、即日交付させていただきますが、身体障がい者手帳または療育手帳をご持参ください。郵送または宅配便等で申請する場合は、交付申請書のみを送付していただければ、申請書を受理してから10日以内にタクシー給付券を発送いたします。

85mm

165mm

交付申請書 裏

○ 年度 ○ 普通券

前冊交付番号（1 - _____） 新交付番号（1 - _____）

交付申請書

____年 ____月 ____日

____冊目のタクシー給付券の交付を申請します。

申請者氏名 _____

申請者生年月日 _____ 大正・昭和・平成 ____年 ____月 ____日生

代理申請者氏名 _____

申請者との関係 _____

郵便番号	各区保健福祉センター所在地
530-8401	北 区 扇町2-1-27
534-8501	都島 区 中野町2-16-20
553-8501	福島 区 大開1-8-1
554-8501	此花 区 春日出北1-8-4
541-8518	中央 区 久太郎町1-2-27
550-8501	西 区 新町4-5-14
552-8510	港 区 市岡1-15-25
551-8501	大正 区 千島2-7-95
543-8501	天王寺 区 真法院町20-33
556-8501	浪速 区 敷津東1-4-20
555-8501	西淀川 区 御幣島1-2-10
532-8501	淀川 区 十三東2-3-3
533-8501	東淀川 区 豊新2-1-4
537-8501	東成 区 大今里西2-8-4
544-8501	生野 区 勝山南3-1-19
535-8501	旭 区 大宮1-1-17
536-8510	城東 区 中央3-5-45
538-8510	鶴見 区 横堤5-4-19
545-8501	阿倍野 区 文の里1-1-40
559-8601	住之江 区 御崎3-1-17
558-8501	住吉 区 南住吉3-15-55
546-8501	東住吉 区 東田辺1-13-4
547-8580	平野 区 背戸口3-8-19
557-8501	西成 区 岸里1-5-20

10mm

50mm

重度障がい者等リフト付タクシー給付券 (32枚綴)

表紙 表

年度			○	○
			No. 2-00000	
大阪市重度障がい者等リフト付タクシー給付券				
受給者氏名	様	歳	有効期間 年4月1日から 年3月31日まで	
<p>※ 給付券は、大阪市と契約関係にある事業者が運行するリフト付タクシーのみ使用できません。あらかじめご予約のうえ、ご利用ください。</p> <p>※ 1回の乗車につき、1枚しか使用できません。</p> <p>※ 給付券を使用するときは、必ず身体障がい者手帳を乗務員等に呈示してください。呈示しない場合は、ご使用になれません。</p> <p>※ 裏面の注意事項もお読みいただき、外出時の一助にお役立てください。</p>				

85mm

165mm

表紙 裏

○		○
《注意事項》		
<p>1 乗降に際し、介護人を必要とされる方は、介護人とともにご乗車いただけます。</p> <p>2 この給付券は、日常生活を営むうえで、タクシーの利用が必要な場合、初乗り料金(時間制)を定額給付することにより、重度障がい者等の社会参加を促進し、もって福祉の向上を目的としております。初乗り料金(時間制)の9割が給付額未満の場合でも、おつりは出ません。</p> <p>3 給付券を受領したら、すべての本券(右側)の受給者氏名欄に氏名(苗字・名前とも)を事前に記入しておいてください。受給者本人が記入しがたい場合は代理の方が記入してください。給付券を使用するときは、本券の太枠内に記入し、ミシン目から切り離して、乗務員にお渡しください。控え(左側)のメモ欄は、必要なときにご記入ください。</p> <p>4 1冊の給付券は32枚で、年間3冊(96枚)まで申請に基づき交付させていただきますが、交付月により枚数(月8枚で換算)が異なりますので、ご注意ください。</p> <p>5 不適切な使用があったときは、未使用の給付券を回収し、相当料金を大阪市に返還していただくとともに、以降の給付券は交付しません。</p> <p>6 ご利用の要件に該当しなくなった時(市外転出、死亡等)やご不要になった時は、各区保健福祉業務担当にお返しく下さい。</p>		
発行元：大阪市 福祉局 障がい者施策部 障がい福祉課		

10mm

重度障がい者等リフト付タクシー給付券 (32枚綴)

給付券 表

<p>重度障がい者等リフト付 タクシー給付券(控)</p> <p>No. 2-00000-00</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">乗車日</td> <td style="width: 15%;">年</td> <td style="width: 15%;">月</td> <td style="width: 15%;">日</td> </tr> <tr> <td>乗車時間</td> <td>午前・午後</td> <td>時</td> <td>分</td> </tr> </table> <p style="color: red; font-weight: bold;">太枠内は利用者側でご記入ください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">メモ欄</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">乗車場所</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>降車場所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>会社名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支払金額</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	乗車日	年	月	日	乗車時間	午前・午後	時	分	メモ欄		乗車場所		降車場所		会社名		支払金額	円					<p style="text-align: center;">○ 年度 ○</p> <p>重度障がい者等リフト付 タクシー給付券(本券)</p> <p>No. 2-00000-00</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">乗車日</td> <td style="width: 15%;">年</td> <td style="width: 15%;">月</td> <td style="width: 15%;">日</td> </tr> <tr> <td>乗車時間</td> <td>午前・午後</td> <td>時</td> <td>分</td> </tr> <tr> <td>受給者氏名</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <p style="color: red; font-weight: bold;">太枠内は利用者側でご記入ください。</p> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">金2,000円</div> <p>2,000円未満の場合 _____ 円</p> <p style="color: red; font-size: small;">給付額は、初乗り料金(時間制)の9割の額または2,000円のいずれか低い額です。初乗り料金(時間制)の9割の額が2,000円未満の場合は、金額をご記入ください。</p> <p>※ 本券は、大阪市と契約関係にある事業者が運行するリフト付タクシーのみ使用できますので、予約前に必ずご確認ください。</p> <p>※ 1回の乗車につき、1枚しか使用できません。</p> <p>※ 必ず身体障がい者手帳を乗務員に呈示してください。呈示しない場合は、ご使用になれません。</p> <p>有効期間 年 4月1日から 年 3月31日まで</p> <p style="text-align: right;">大 阪 市 長 市長印</p>	乗車日	年	月	日	乗車時間	午前・午後	時	分	受給者氏名			
乗車日	年	月	日																																
乗車時間	午前・午後	時	分																																
メモ欄																																			
乗車場所																																			
降車場所																																			
会社名																																			
支払金額	円																																		
乗車日	年	月	日																																
乗車時間	午前・午後	時	分																																
受給者氏名																																			

85mm

165mm

給付券 裏

<p style="text-align: center;">○ ○</p> <p>タクシー乗務員の方へ</p> <ol style="list-style-type: none"> 身体障がい者手帳の呈示がない場合は、給付券を受け取らないでください。 この給付券の提出があったときは、身体障がい者割引後の乗車料金から、初乗り料金(時間制)の9割の額または2,000円のいずれか低い額を差し引いた金額を受け取ってください。2,000円未満の給付額の場合は、表面に金額をご記入ください。 この給付券は、大阪市と契約関係にある事業者が運行するリフト付タクシーのみ使用できます。 表面太枠内の受給者氏名等に記入のないもの、1回の乗車に2枚以上及び有効期間を過ぎたもの並びに発行者印のないものは受け取らないでください。不適切な使用があったときは、給付券の発行番号を発行元までお知らせください。 <p style="text-align: center; font-size: small;">発行元: 大阪市 福祉局 障がい者施策部 障がい福祉課</p>	<p style="text-align: center;">ご記入をお願いいたします</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">会 社 名</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>乗 務 員 氏 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>車 両 番 号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>割引後料金</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>利用者支払額</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> </table> <p style="text-align: right; font-size: small;">発行元: 大阪市 福祉局 障がい者施策部 障がい福祉課</p>	会 社 名		乗 務 員 氏 名		車 両 番 号		割引後料金	円	利用者支払額	円
会 社 名											
乗 務 員 氏 名											
車 両 番 号											
割引後料金	円										
利用者支払額	円										

50mm

10mm

重度障がい者等リフト付タクシー給付券 (交付申請案内)

交付申請書 表

保健福祉センター	階数	窓口
北 区 福祉課(一般福祉担当)	3階	33番
都島 区 保健福祉課(福祉)	2階	24番
福島 区 保健福祉課(地域福祉)	2階	21番
此花 区 保健福祉課(地域福祉)	1階	8番
中央 区 保健福祉課(保健福祉)	4階	43番
西 区 保健福祉課(地域福祉)	3階	32番
港 区 保健福祉課(保健福祉)	3階	32番
大正 区 保健福祉課(地域福祉)	3階	33番
天王寺 区 保健福祉課(福祉サービス)	2階	22番
浪速 区 保健福祉課(障がい者支援)	3階	32番
西淀川 区 保健福祉課(障がい者支援)	2階	22番
淀川 区 保健福祉課(保健福祉)	3階	32番
東淀川 区 保健福祉課(高齢者・障がい者)	2階	27番
東成 区 保健福祉課(福祉)	2階	24番
生野 区 保健福祉課(福祉サービス)	2階	21番
旭 区 保健福祉課(地域福祉)	2階	28番
城東 区 保健福祉課(福祉)	1階	17番
鶴見 区 保健福祉課(福祉)	1階	13番
阿倍野 区 保健福祉課(福祉)	1階	2番
住之江 区 保健福祉課(福祉)	1階	3番
住吉 区 保健福祉課(保健福祉)	2階	26番
東住吉 区 保健福祉課(福祉)	2階	28番
平野 区 保健福祉課(地域福祉)	3階	33番
西成 区 保健福祉課(地域福祉)	5階	51番

○ ○

タクシー給付券の残りが8枚になりましたので、裏面の交付申請書に必要事項(下線箇所)を記入し、お住まいの区保健福祉センターの左記窓口へお渡してください。

ご本人または代理人の方が窓口に来ていただく場合は、即日交付させていただきますが、身体障がい者手帳をご持参ください。

郵送または宅配便等で申請する場合は、交付申請書のみを送付していただければ、申請書を受理してから10日以内にタクシー給付券を発送いたします。

85mm

165mm

交付申請書 裏

年度 ○ リフト券

前冊交付番号(2-) 新交付番号(2-)

○ 交付申請書

年 月 日

冊目のリフト付タクシー給付券の交付を申請します。

申請者氏名

申請者生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生

代理申請者氏名

申請者との関係


郵便番号	各区保健福祉センター所在地
530-8401	北 区 扇町2-1-27
534-8501	都島 区 中野町2-16-20
553-8501	福島 区 大開1-8-1
554-8501	此花 区 春日出北1-8-4
541-8518	中央 区 久太郎町1-2-27
550-8501	西 区 新町4-5-14
552-8510	港 区 市岡1-15-25
551-8501	大正 区 千島2-7-95
543-8501	天王寺 区 真法院町20-33
556-8501	浪速 区 敷津東1-4-20
555-8501	西淀川 区 御幣島1-2-10
532-8501	淀川 区 十三東2-3-3
533-8501	東淀川 区 豊新2-1-4
537-8501	東成 区 大今里西2-8-4
544-8501	生野 区 勝山南3-1-19
535-8501	旭 区 大宮1-1-17
536-8510	城東 区 中央3-5-45
538-8510	鶴見 区 横堤5-4-19
545-8501	阿倍野 区 文の里1-1-40
559-8601	住之江 区 御崎3-1-17
558-8501	住吉 区 南住吉3-15-55
546-8501	東住吉 区 東田辺1-13-4
547-8580	平野 区 背戸口3-8-19
557-8501	西成 区 岸里1-5-20

10mm

50mm

重度障害者等タクシー給付券（16枚綴）

表紙 表

年度			○	○
			No. 3-00000	
大阪市重度障がい者等タクシー給付券				
受給者氏名	様	歳	冊目	
			有効期間 年4月1日から 年3月31日まで	
<p>※ 給付券は、大阪市と契約関係にある事業者が運行するタクシーのみ使用できますので、乗車前に必ず確認してください。</p> <p>※ 1回の乗車につき、1枚しか使用できません。</p> <p>※ 給付券を使用するときは、必ず身体障がい者手帳または療育手帳を乗務員等に呈示してください。呈示しない場合は、ご使用になれません。</p> <p>※ 裏面の注意事項もお読みいただき、外出時の一助にお役立てください。</p>				

85mm

165mm

表紙 裏

○		○
《注意事項》		
<p>1 乗降に際し、介護人を必要とされる方は、介護人とともにご乗車いただけます。</p> <p>2 この給付券は、日常生活を営むうえで、タクシーの利用が必要な場合、初乗り料金（1メートル）を定額給付することにより、重度障がい者等の社会参加を促進し、もって福祉の向上を目的としております。初乗り料金（1メートル）の9割が給付額未満の場合でも、おつりは出ません。</p> <p>3 給付券を受領したら、すべての本券（右側）の受給者氏名欄に氏名（苗字・名前とも）を事前に記入しておいてください。受給者本人が記入しがたい場合は代理の方が記入してください。給付券を使用するときは、本券の太枠内に記入し、ミシン目から切り離して、乗務員にお渡しください。控え（左側）のメモ欄は、必要ときにご記入ください。</p> <p>4 1冊（タクシー給付券及びリフト付タクシー給付券各1冊）の給付券は32枚（各16枚）で、年間3冊（各48枚）まで申請に基づき交付させていただきますが、交付月により枚数（月8枚（各4枚）で換算）が異なりますので、ご注意ください。</p> <p>5 不適切な使用があったときは、未使用の給付券を回収し、相当料金を大阪市に返還していただくとともに、以降の給付券は交付しません。</p> <p>6 ご利用の要件に該当しなくなった時（市外転出、死亡等）やご不要になった時は、各区保健福祉業務担当にお返しください。</p>		
発行元：大阪市 福祉局 障がい者施策部 障がい福祉課		

10mm

重度障害者等タクシー給付券（16枚綴）

給付券 表

<p>重度障がい者等タクシー給付券(控)</p> <p>No. 3-00000-00</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">乗車日</td> <td style="width: 15%;">年</td> <td style="width: 15%;">月</td> <td style="width: 15%;">日</td> </tr> <tr> <td>乗車時間</td> <td>午前・午後</td> <td>時</td> <td>分</td> </tr> </table> <p style="color: red; font-weight: bold;">太枠内は利用者側でご記入ください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">メモ欄</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">乗車場所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>降車場所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>会社名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支払金額</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> </table>	乗車日	年	月	日	乗車時間	午前・午後	時	分	メモ欄		乗車場所		降車場所		会社名		支払金額	円	<p style="text-align: center;">○ 年度 ○</p> <p>重度障がい者等タクシー給付券(本券) No. 3-00000-00</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">乗車日</td> <td style="width: 15%;">年</td> <td style="width: 15%;">月</td> <td style="width: 15%;">日</td> </tr> <tr> <td>乗車時間</td> <td>午前・午後</td> <td>時</td> <td>分</td> </tr> <tr> <td>受給者氏名</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <p style="color: red; font-weight: bold;">太枠内は利用者側でご記入ください。</p> <div style="text-align: center; border: 2px solid black; padding: 5px; font-size: 24px; font-weight: bold;">金500円</div> <p style="text-align: center;">500円未満の場合 _____円</p> <p style="color: red; font-weight: bold;">給付額は、初乗り料金(1メートル)の9割の額または500円のいずれか低い額です。初乗り料金(1メートル)の9割の額が500円未満の場合は、金額をご記入ください。</p> <p>※ 本券は、大阪市と契約関係にある事業者が運行するタクシーのみ使用できますので、乗車前に必ずご確認ください。</p> <p>※ 1回の乗車につき、1枚しか使用できません。</p> <p>※ 必ず身体障がい者手帳または療育手帳を乗務員に提示してください。提示しない場合は、ご使用になれません。</p> <p>有効期間 年 4月1日から 年 3月31日まで</p> <p style="text-align: right;">大阪市長 市長印</p>	乗車日	年	月	日	乗車時間	午前・午後	時	分	受給者氏名			
乗車日	年	月	日																												
乗車時間	午前・午後	時	分																												
メモ欄																															
乗車場所																															
降車場所																															
会社名																															
支払金額	円																														
乗車日	年	月	日																												
乗車時間	午前・午後	時	分																												
受給者氏名																															

85mm

165mm

給付券 裏

<p style="text-align: center;">○ ○</p> <p>タクシー乗務員の方へ</p> <p>1 身体障がい者手帳または療育手帳の提示がない場合は、給付券は受け取らないでください。</p> <p>2 この給付券の提出があったときは、身体・知的障がい者割引後の乗車料金から、初乗り料金(1メートル)の9割の額または500円のいずれか低い額を差し引いた金額を受け取ってください。給付額が500円未満の場合は、表面に金額をご記入ください。</p> <p>3 この給付券は、大阪市と契約関係にある事業者が運行するタクシーのみ使用できます。</p> <p>4 表面太枠内の受給者氏名等に記入のないもの、1回の乗車に2枚以上及び有効期間を過ぎたもの並びに発行者印のないものは受け取らないでください。不適切な使用があったときは、給付券の発行番号を発行元までお知らせください。</p> <p style="text-align: center;">発行元: 大阪市 福祉局 障がい者施策部 障がい福祉課</p>	<p style="text-align: center;">ご記入をお願いいたします</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">会社名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>乗務員氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>車両番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>割引後料金</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>利用者支払額</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">発行元: 大阪市 福祉局 障がい者施策部 障がい福祉課</p>	会社名		乗務員氏名		車両番号		割引後料金	円	利用者支払額	円
会社名											
乗務員氏名											
車両番号											
割引後料金	円										
利用者支払額	円										

50mm

10mm

重度障害者等タクシー給付券（申請案内）

交付申請書 表

保健福祉センター	階数	窓口
北区 福祉課(一般福祉担当)	3階	33番
都島区 保健福祉課(福祉)	2階	24番
福島区 保健福祉課(地域福祉)	2階	21番
此花区 保健福祉課(地域福祉)	1階	8番
中央区 保健福祉課(保健福祉)	4階	43番
西区 保健福祉課(地域福祉)	3階	32番
港区 保健福祉課(保健福祉)	3階	32番
大正区 保健福祉課(地域福祉)	3階	33番
天王寺区 保健福祉課(福祉サービス)	2階	22番
浪速区 保健福祉課(障がい者支援)	3階	32番
西淀川区 保健福祉課(障がい者支援)	2階	22番
淀川区 保健福祉課(保健福祉)	3階	32番
東淀川区 保健福祉課(高齢者・障がい者)	2階	27番
東成区 保健福祉課(福祉)	2階	24番
生野区 保健福祉課(福祉サービス)	2階	21番
旭区 保健福祉課(地域福祉)	2階	28番
城東区 保健福祉課(福祉)	1階	17番
鶴見区 保健福祉課(福祉)	1階	13番
阿倍野区 保健福祉課(福祉)	1階	2番
住之江区 保健福祉課(福祉)	1階	3番
住吉区 保健福祉課(保健福祉)	2階	26番
東住吉区 保健福祉課(福祉)	2階	28番
平野区 保健福祉課(地域福祉)	3階	33番
西成区 保健福祉課(地域福祉)	5階	51番

タクシー給付券の残りが4枚になりましたので、別冊の「リフト付タクシー給付券」の残り4枚目に添付している「交付申請書」の下線箇所に必要事項を記入し、お住まいの区保健福祉センターの左記窓口へお渡しください。

85mm

165mm

交付申請書 裏

年度	郵便番号	各区保健福祉センター所在地
	530-8401	北区 扇町2-1-27
	534-8501	都島区 中野町2-16-20
	553-8501	福島区 大開1-8-1
	554-8501	此花区 春日出北1-8-4
	541-8518	中央区 久太郎町1-2-27
	550-8501	西区 新町4-5-14
	552-8510	港区 市岡1-15-25
	551-8501	大正区 千島2-7-95
	543-8501	天王寺区 真法院町20-33
	556-8501	浪速区 敷津東1-4-20
	555-8501	西淀川区 御幣島1-2-10
	532-8501	淀川区 十三東2-3-3
	533-8501	東淀川区 豊新2-1-4
	537-8501	東成区 大今里西2-8-4
	544-8501	生野区 勝山南3-1-19
	535-8501	旭区 大宮1-1-17
	536-8510	城東区 中央3-5-45
	538-8510	鶴見区 横堤5-4-19
	545-8501	阿倍野区 文の里1-1-40
	559-8601	住之江区 御崎3-1-17
	558-8501	住吉区 南住吉3-15-55
	546-8501	東住吉区 東田辺1-13-4
	547-8580	平野区 背戸口3-8-19
	557-8501	西成区 岸里1-5-20


別冊の「リフト付タクシー給付券」の残り4枚目に添付している「交付申請書」の下線箇所に必要事項を記入し、お住まいの区保健福祉センターの担当窓口へお渡しください。

10mm

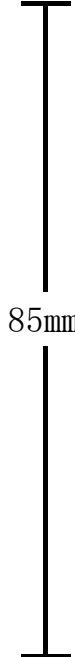
50mm

重度障がい者等リフト付タクシー給付券 (16枚綴)

表紙 表

年度			○	○
			No. 3-00000	
大阪市重度障がい者等リフト付タクシー給付券				
受給者氏名		様	歳	冊目
				有効期間 年4月1日から 年3月31日まで
<p>※ 給付券は、大阪市と契約関係にある事業者が運行するリフト付タクシーのみ使用できません。あらかじめご予約のうえ、ご利用ください。</p> <p>※ 1回の乗車につき、1枚しか使用できません。</p> <p>※ 給付券を使用するときは、必ず身体障がい者手帳を乗務員等に呈示してください。呈示しない場合は、ご使用になれません。</p> <p>※ 裏面の注意事項もお読みいただき、外出時の一助にお役立てください。</p>				

165mm



表紙 裏

○		○
《注意事項》		
<p>1 乗降に際し、介護人を必要とされる方は、介護人とともにご乗車いただけます。</p> <p>2 この給付券は、日常生活を営むうえで、タクシーの利用が必要な場合、初乗り料金(1メートル)を定額給付することにより、重度障がい者等の社会参加を促進し、もって福祉の向上を目的としております。初乗り料金(1メートル)の9割が給付額未満の場合でも、おつりは出ません。</p> <p>3 給付券を受領したら、すべての本券(右側)の受給者氏名欄に氏名(苗字・名前とも)を事前に記入しておいてください。受給者本人が記入しがたい場合は代理の方が記入してください。給付券を使用するときは、本券の太枠内に記入し、ミシン目から切り離して、乗務員にお渡しください。控え(左側)のメモ欄は、必要なときにご記入ください。</p> <p>4 1冊(タクシー給付券及びリフト付タクシー給付券各1冊)の給付券は32枚(各16枚)で、年間3冊(各48枚)まで申請に基づき交付させていただきますが、交付月により枚数(月8枚(各4枚)で換算)が異なりますので、ご注意ください。</p> <p>5 不適切な使用があったときは、未使用の給付券を回収し、相当料金を大阪市に返還していただくとともに、以降の給付券は交付しません。</p> <p>6 ご利用の要件に該当しなくなった時(市外転出、死亡等)やご不要になった時は、各区保健福祉業務担当にお返しください。</p>		
発行元：大阪市 福祉局 障がい者施策部 障がい福祉課		

10mm

重度障がい者等リフト付タクシー給付券 (16枚綴)

給付券 表

<p>重度障がい者等リフト付 タクシー給付券(控)</p> <p>No. 3-00000-00</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">乗車日</td> <td style="width: 15%;">年</td> <td style="width: 15%;">月</td> <td style="width: 15%;">日</td> </tr> <tr> <td>乗車時間</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <p style="color: red; font-weight: bold;">太枠内は利用者側でご記入ください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">メモ欄</td> </tr> <tr> <td>乗車場所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>降車場所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>会社名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支払金額</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> </table>	乗車日	年	月	日	乗車時間				メモ欄		乗車場所		降車場所		会社名		支払金額	円	<p style="text-align: center;">○ 年度 ○</p> <p>重度障がい者等リフト付 タクシー給付券(本券)</p> <p>No. 3-00000-00</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">乗車日</td> <td style="width: 15%;">年</td> <td style="width: 15%;">月</td> <td style="width: 15%;">日</td> </tr> <tr> <td>乗車時間</td> <td>午前・午後</td> <td>時</td> <td>分</td> </tr> <tr> <td>受給者氏名</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <p style="color: red; font-weight: bold;">太枠内は利用者側でご記入ください。</p> <div style="text-align: center; border: 2px solid black; padding: 5px;"> <p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">金2,000円</p> <p>2,000円未満の場合 _____ 円</p> </div> <p style="color: red; font-size: 10px;">給付額は、初乗り料金(時間制)の9割の額または2,000円のいずれか低い額です。初乗り料金(時間制)の9割の額が2,000円未満の場合は、金額をご記入ください。</p> <p>※ 本券は、大阪市と契約関係にある事業者が運行するリフト付タクシーのみ使用できますので、予約前に必ずご確認ください。</p> <p>※ 1回の乗車につき、1枚しか使用できません。</p> <p>※ 必ず身体障がい者手帳を乗務員に呈示してください。呈示しない場合は、ご使用になれません。</p> <p>有効期間 年 4月1日から 年 3月31日まで</p> <p style="text-align: right;">大阪市長 市長印</p>	乗車日	年	月	日	乗車時間	午前・午後	時	分	受給者氏名			
乗車日	年	月	日																												
乗車時間																															
メモ欄																															
乗車場所																															
降車場所																															
会社名																															
支払金額	円																														
乗車日	年	月	日																												
乗車時間	午前・午後	時	分																												
受給者氏名																															

85mm

165mm

給付券 裏

<p>タクシー乗務員の方へ</p> <p>1 身体障がい者手帳の呈示がない場合は、給付券は受け取らないでください。</p> <p>2 この給付券の提出があったときは、身体障がい者割引後の乗車料金から、初乗り料金(時間制)の9割の額または2,000円のいずれか低い額を差し引いた金額を受け取ってください。2,000円未満の給付額の場合は、表面に金額をご記入ください。</p> <p>3 この給付券は、大阪市と契約関係にある事業者が運行するリフト付タクシーのみ使用できます。</p> <p>4 表面太枠内の受給者氏名等に記入のないもの、1回の乗車に2枚以上及び有効期間を過ぎたもの並びに発行者印のないものは受け取らないでください。不適切な使用があったときは、給付券の発行番号を発行元までお知らせください。</p> <p style="text-align: center;">発行元: 大阪市 福祉局 障がい者施策部 障がい福祉課</p>	<p style="text-align: center;">ご記入をお願いいたします</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">会社名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>乗務員氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>車両番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>割引後料金</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>利用者支払額</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> </table> <p style="text-align: right; font-size: 10px;">発行元: 大阪市 福祉局 障がい者施策部 障がい福祉課</p>	会社名		乗務員氏名		車両番号		割引後料金	円	利用者支払額	円
会社名											
乗務員氏名											
車両番号											
割引後料金	円										
利用者支払額	円										

50mm

10mm

重度障がい者等リフト付タクシー給付券 (交付申請案内)

交付申請書 表

保健福祉センター	階数	窓口
北区 福祉課(一般福祉担当)	3階	33番
都島区 保健福祉課(福祉)	2階	24番
福島区 保健福祉課(地域福祉)	2階	21番
此花区 保健福祉課(地域福祉)	1階	8番
中央区 保健福祉課(保健福祉)	4階	43番
西区 保健福祉課(地域福祉)	3階	32番
港区 保健福祉課(保健福祉)	3階	32番
大正区 保健福祉課(地域福祉)	3階	33番
天王寺区 保健福祉課(福祉サービス)	2階	22番
浪速区 保健福祉課(障がい者支援)	3階	32番
西淀川区 保健福祉課(障がい者支援)	2階	22番
淀川区 保健福祉課(保健福祉)	3階	32番
東淀川区 保健福祉課(高齢者・障がい者)	2階	27番
東成区 保健福祉課(福祉)	2階	24番
生野区 保健福祉課(福祉サービス)	2階	21番
旭区 保健福祉課(地域福祉)	2階	28番
城東区 保健福祉課(福祉)	1階	17番
鶴見区 保健福祉課(福祉)	1階	13番
阿倍野区 保健福祉課(福祉)	1階	2番
住之江区 保健福祉課(福祉)	1階	3番
住吉区 保健福祉課(保健福祉)	2階	26番
東住吉区 保健福祉課(福祉)	2階	28番
平野区 保健福祉課(地域福祉)	3階	33番
西成区 保健福祉課(地域福祉)	5階	51番

○ ○

タクシー給付券の残りが4枚になりましたので、裏面の交付申請書に必要事項を記入し、お住まいの区保健福祉センターの左記窓口へお渡してください。

ご本人または代理人の方が窓口に来ていただく場合は、即日交付させていただきますが、身体障がい者手帳をご持参ください。

郵送または宅配便等で申請する場合は、交付申請書のみを送付していただければ、申請書を受理してから10日以内にタクシー給付券を発送いたします。

85mm

165mm

交付申請書 裏

年度 ○ 併用券 ○

前冊交付番号 (3 - _____) 新交付番号 (3 - _____)

交付申請書

年 月 日

_____冊目のタクシー給付券の交付を申請します。

申請者氏名 _____

申請者生年月日 _____ 大正・昭和・平成 年 月 日生

代理申請者氏名 _____

申請者との関係 _____

郵便番号	各区保健福祉センター所在地
530-8401	北区 扇町2-1-27
534-8501	都島区 中野町2-16-20
553-8501	福島区 大開1-8-1
554-8501	此花区 春日出北1-8-4
541-8518	中央区 久太郎町1-2-27
550-8501	西区 新町4-5-14
552-8510	港区 市岡1-15-25
551-8501	大正区 千島2-7-95
543-8501	天王寺区 真法院町20-33
556-8501	浪速区 敷津東1-4-20
555-8501	西淀川区 御幣島1-2-10
532-8501	淀川区 十三東2-3-3
533-8501	東淀川区 豊新2-1-4
537-8501	東成区 大今里西2-8-4
544-8501	生野区 勝山南3-1-19
535-8501	旭区 大宮1-1-17
536-8510	城東区 中央3-5-45
538-8510	鶴見区 横堤5-4-19
545-8501	阿倍野区 文の里1-1-40
559-8601	住之江区 御崎3-1-17
558-8501	住吉区 南住吉3-15-55
546-8501	東住吉区 東田辺1-13-4
547-8580	平野区 背戸口3-8-19
557-8501	西成区 岸里1-5-20

10mm

50mm

重度障がい者等タクシー給付券【戦傷病者・原爆被爆者用】(32枚綴)

表紙 表

年度			○	○
不			No. 1-00000	
大阪市重度障がい者等タクシー給付券【戦傷病者・原爆被爆者用】				
受給者氏名	様	歳	有効期間 年4月1日から 年3月31日まで	
		冊目		
<p>※ 給付券は、大阪市と契約関係にある事業者が運行するタクシーのみ使用できますので、乗車前に必ず確認してください。</p> <p>※ 1回の乗車につき、1枚しか使用できません。</p> <p>※ 給付券を使用するときは、必ず戦傷病者手帳または被爆者健康手帳を乗務員等に呈示してください。呈示しない場合は、ご使用になれません。</p> <p>※ 裏面の注意事項もお読みいただき、外出時の一助にお役立てください。</p>				

85mm

165mm

表紙 裏

○		○
《注意事項》		
<p>1 乗降に際し、介護人を必要とされる方は、介護人とともにご乗車いただけます。</p> <p>2 この給付券は、日常生活を営むうえで、タクシーの利用が必要な場合、初乗り料金(1メートル)を定額給付することにより、重度障がい者等の社会参加を促進し、もって福祉の向上を目的としております。初乗り料金(1メートル)の9割が給付額未満の場合でも、おつりは出ません。</p> <p>3 給付券を受領したら、すべての本券(右側)の受給者氏名欄に氏名(苗字・名前とも)を事前に記入しておいてください。受給者本人が記入しがたい場合は代理の方が記入してください。給付券を使用するときは、本券の太枠内に記入し、ミシン目から切り離して、乗務員にお渡しください。控え(左側)のメモ欄は、必要なときにご記入ください。</p> <p>4 1冊の給付券は32枚で、年間3冊(96枚)まで申請に基づき交付させていただきますが、交付月により枚数(月8枚で換算)が異なりますので、ご注意ください。</p> <p>5 不適切な使用があったときは、未使用の給付券を回収し、相当料金を大阪市に返還していただくとともに、以降の給付券は交付しません。</p> <p>6 ご利用の要件に該当しなくなった時(市外転出、死亡等)やご不要になった時は、各区保健福祉業務担当にお返してください。</p>		
発行元：大阪市 福祉局 障がい者施策部 障がい福祉課		

10mm

重度障がい者等タクシー給付券【戦傷病者・原爆被爆者用】(32枚綴)

給付券 表

重度障がい者等タクシー給付券 【戦傷病者・原爆被爆者用】(控) No. 1-00000-00		年度 ○	
重度障がい者等タクシー給付券 【戦傷病者・原爆被爆者用】(本券) No. 1-00000-00		No. 1-00000-00	
乗車日	年 月 日	乗車日	年 月 日
乗車時間	午前・午後 時 分	乗車時間	午前・午後 時 分
太枠内は利用者側でご記入ください。		受給者氏名	
メモ欄		太枠内は利用者側でご記入ください。	
乗車場所		金500円 500円未満の場合 _____ 円	
降車場所			
会社名		有効期間 年4月1日から 年3月31日まで	
支払金額	円	給付額は、初乗り料金(1メートル)または500円のいずれか低い額です。初乗り料金(1メートル)が500円未満の場合は、金額をご記入ください。	
		大阪市長 市長印	

85mm

165mm

給付券 裏

タクシー乗務員の方へ	
1 戦傷病者手帳または被爆者健康手帳の呈示がない場合は、給付券は受け取らないでください。	ご記入をお願いいたします
2 給付券の提出があったときは、乗車料金から、初乗り料金(1メートル)を差し引いた額または500円のいずれか低い額を差し引いた金額を受け取ってください。500円未満の給付額の場合は、表面に金額をご記入ください。	会社名 乗務員氏名 車両番号 乗車料金 _____ 円 利用者支払額 _____ 円
3 この給付券は、大阪市と契約関係にある事業者が運行するタクシーのみ使用できます。	
4 表面太枠内の受給者氏名等に記入のないもの、1回の乗車に2枚以上及び有効期間を過ぎたもの並びに発行者印のないものは受け取らないでください。不適切な使用があったときは、給付券の発行番号を発行元までお知らせください。	
発行元：大阪市 福祉局 障がい者施策部 障がい福祉課	

10mm

50mm

重度障がい者等タクシー給付券【戦傷病者・原爆被爆者用】（交付案内）

交付申請書 表

保健福祉センター	階数	窓口
北区 福祉課(一般福祉担当)	3階	33番
都島区 保健福祉課(福祉)	2階	24番
福島区 保健福祉課(地域福祉)	2階	21番
此花区 保健福祉課(地域福祉)	1階	8番
中央区 保健福祉課(保健福祉)	4階	43番
西区 保健福祉課(地域福祉)	3階	32番
港区 保健福祉課(保健福祉)	3階	32番
大正区 保健福祉課(地域福祉)	3階	33番
天王寺区 保健福祉課(福祉サービス)	2階	22番
浪速区 保健福祉課(障がい者支援)	3階	32番
西淀川区 保健福祉課(障がい者支援)	2階	22番
淀川区 保健福祉課(保健福祉)	3階	32番
東淀川区 保健福祉課(高齢者・障がい者)	2階	27番
東成区 保健福祉課(福祉)	2階	24番
生野区 保健福祉課(福祉サービス)	2階	21番
旭区 保健福祉課(地域福祉)	2階	28番
城東区 保健福祉課(福祉)	1階	17番
鶴見区 保健福祉課(福祉)	1階	13番
阿倍野区 保健福祉課(福祉)	1階	2番
住之江区 保健福祉課(福祉)	1階	3番
住吉区 保健福祉課(保健福祉)	2階	26番
東住吉区 保健福祉課(福祉)	2階	28番
平野区 保健福祉課(地域福祉)	3階	33番
西成区 保健福祉課(地域福祉)	5階	51番

○ ○

タクシー給付券の残りが8枚になりましたので、裏面の
交付申請書に必要事項(下線箇所)を記入し、お住まい
の区保健福祉センターの左記窓口へお渡してください。
ご本人または代理人の方が窓口に来ていただく場合
は、即日交付させていただきますが、戦傷病者手帳(項
症)または被爆者健康手帳をご持参ください。
郵送または宅配便等で申請する場合は、交付申請書
のみを送付していただければ、申請書を受理してから10
日以内にタクシー給付券を発送いたします。

85mm

165mm

交付申請書 裏

年度 ○ 戦傷病者・原爆被爆者用 ○

前冊交付番号(1-) 新交付番号(1-)

交付申請書

年 月 日

冊目のタクシー給付券の交付を申請します。
【戦傷病者・原爆被爆者用】

申請者氏名

申請者生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生

代理申請者氏名

申請者との関係

郵便番号	各区保健福祉センター所在地
530-8401	北区 扇町2-1-27
534-8501	都島区 中野町2-16-20
553-8501	福島区 大開1-8-1
554-8501	此花区 春日出北1-8-4
541-8518	中央区 久太郎町1-2-27
550-8501	西区 新町4-5-14
552-8510	港区 市岡1-15-25
551-8501	大正区 千島2-7-95
543-8501	天王寺区 真法院町20-33
556-8501	浪速区 敷津東1-4-20
555-8501	西淀川区 御幣島1-2-10
532-8501	淀川区 十三東2-3-3
533-8501	東淀川区 豊新2-1-4
537-8501	東成区 大今里西2-8-4
544-8501	生野区 勝山南3-1-19
535-8501	旭区 大宮1-1-17
536-8510	城東区 中央3-5-45
538-8510	鶴見区 横堤5-4-19
545-8501	阿倍野区 文の里1-1-40
559-8601	住之江区 御崎3-1-17
558-8501	住吉区 南住吉3-15-55
546-8501	東住吉区 東田辺1-13-4
547-8580	平野区 背戸口3-8-19
557-8501	西成区 岸里1-5-20

50mm

10mm

共通裏表紙

裏表紙【内側面】

10mm

85mm

165mm

市役所・各区保健福祉センターお問い合わせ先 ○ ○

市、区役所名	電話番号	市、区役所名	電話番号
北区	06-6313-9857	東成区	06-6977-9857
都島区	06-6882-9857	生野区	06-6715-9857
福島区	06-6464-9857	旭区	06-6957-9857
此花区	06-6466-9857	城東区	06-6930-9857
中央区	06-6267-9857	鶴見区	06-6915-9857
西区	06-6532-9857	阿倍野区	06-6622-9857
港区	06-6576-9857	住之江区	06-6682-9857
大正区	06-4394-9857	住吉区	06-6694-9857
天王寺区	06-6774-9857	東住吉区	06-4399-9857
浪速区	06-6647-9897	平野区	06-4302-9857
西淀川区	06-6478-9954	西成区	06-6659-9857
淀川区	06-6308-9857	大阪市役所 障がい福祉課	TEL 06-6208-8071
東淀川区	06-4809-9855		FAX 06-6202-6962

共通裏表紙

裏表紙【外側面】

10mm

大阪福祉タクシー総合配車センター
車椅子、ストレッチャーのままで、安全で快適な外出を!

ご予約は
平日9:00~17:00(土・日・祝休み)

(フクシゴ) **電話: 06-6268-2945**
FAX: 06-6268-2946

福祉タクシーとは
大型・中型(ワンボックスタイプ) 小型(軽自動車ワンボックス)
の後部座席を改造し、車体後部からの電動リフト・スロープにより、
車椅子やストレッチャーなどのまま乗車できるタクシーの事です。

大型車 手押し車椅子、電動車椅子、リクライニング車椅子、
ストレッチャー (同乗者2~4名)

中型車 手押し車椅子、電動車椅子、リクライニング車椅子
(同乗者2~3名)

小型車 手押し車椅子1台 同乗者1名

※大型車、中型車の同乗者人数は配車内容により異なります。

※別添のチラシもご覧ください

165mm

85mm