

(第4号様式)

# 介護人(単独用)無料乗車証交付申請書

年 月 日

大 阪 市 長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

つぎのとおり、介護人(単独用)無料乗車証の交付を申請します。

	フリガナ名 氏	本人との続柄	生年月日 (年齢)	職 業 等 (通勤・通学又は通所先)	備 考
障がい者等		本人	・ ・ ( )	( )	介護人付乗車証番号 第 号
	住 所			電 話 番 号	
介 護 人			・ ・ ( )		
乗車区間	地下鉄 バス	駅 駅		駅間 ( ) 駅間 ( )	経由) 経由)

## 通 勤 ・ 通 学 ( 所 ) 証 明 書

上記申請者、記載の介護人は、記名障がい者等が当施設(社)に通勤・通学・通所する際に、介護するものであることを証明する。

年 月 日

証 明 者

所 在 地

名 称

代表者氏名

この証明書使用上の注意

- この証明書は、大阪市に在住する介護人付無料乗車証の交付を受けている者が通学・通勤又は社会福祉施設への通所のため、介護人を要する場合で、その介護人が無料乗車証の交付を受ける場合に限って使用できます。
- この証明書の有効期限は発行日から1ヵ月間です。