

(様式第1号)

オモテ

保健福祉
業務担当 000025

大阪市

2024年4月1日から **単独用無料乗車証**

2025年 **3**月 **31**日
まで有効

適用交通機関
本市が指定する交通機関

氏名 **見本** 様 氏

大阪府
確認用

地下鉄・ニュートラムをご利用の場合は、自動改札機に本証を
通してご利用ください。 **単のみ**

ウラ

ご注意

1. 本証は、記名人が [] 使用する場合に限り券面に記載された交通機関を無料でご利用いただけます。
2. 大阪シティバスをご利用の場合は、運転士に本証を必ずお見せください。
3. Osaka Metroをご利用の場合は、自動改札機をご利用ください。
4. 他社線に乗り越された場合は、別途運賃が必要となります。
5. [] 精神障がい者保健福祉手帳を常に携帯し、係員が請求したときは本証とあわせてお見せください。
6. 使用資格を失ったとき、不要になったときは各区保健福祉業務担当にお返しく下さい。
7. 本証を折り曲げたり、磁気のあるものに近づけないでください。
8. 本証を不正使用した場合は、無効なものとして回収し、来年度以降の発行はいたしません。

※有効期限は、発行年度ごとの4月1日から3月31日までの期間を記載する。