（様式第Ⅰ号）

神戸市重度心身障害者タクシー利用券取扱実施協議書

 年 月 日

神　戸　市　長 宛

申請者　郵便番号

所　在　地

会　社　名

あるいは

組　合　名

代表者肩書

代表者氏名

担当者氏名

電　　　話 （ ） 　 －

Ｅ-Ｍａｉｌ

みだしの神戸市重度心身障害者タクシー利用券の取り扱いを実施いたしますので、実施主体に指定いただきますよう協議いたします。

記

１　添付資料

　以下が確認できる書類の写し（運輸局の許可書・認可書　など）

(1) 「一般乗用旅客自動車運送事業者」であること

(2)　営業区域に「兵庫県」を含むこと