令和　　年　　月　　日

関東運輸局　栃木運輸支局長　殿

住　　　　　所

氏名または名称

代　　表　　者

連　　絡　　先

証　　明　　願

一般乗用旅客自動車運送事業の許可内容について、下記のとおりであることを証明願います。

記

１．事業者の氏名又は名称及び住所並びに法人にあっては、その代表者の氏名

２．事業の種類

 一般乗用旅客自動車運送事業

 【条件】本許可にかかる旅客は、以下に掲げる者及びその付添人とする。

　（抜粋）①　介護保険法（平成９年法律第１２３号）第１９条第１項に規定する要介護認定を受けている者

　　　　　②　介護保険法第１９条第２項に規定する要支援認定を受けている者

　　　　　③　身体障害者福祉法（昭和２４年法律第２８３号）第４条に規定する身体障害者手帳の交付を受けている者

　　　　　④　上記①～③に該当する者のほか、肢体不自由、内部障害、知的障害及び精神障害その他の障害を有する等により単独での移動が困難な者であって、単独でタクシーその他の公共交通機関を利用することが困難な者

　　　　　⑤　消防機関又は消防機関と連携するコールセンターを介して、患者等搬送事業者による搬送サービスの提供を受ける患者

３．営業区域

４．許可年月日及び許可番号

許可年月日：

許可番号：

５．願い出の理由

|  |
| --- |
|  |

上記のとおり相違ないことを証明する。

証第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

 関東運輸局　栃木運輸支局長