令和　　年　　月　　日

播磨町長 様

所在地

業者名　　　　　　　　　　　　　　印

代表者名

電話番号

播磨町重度障害者（児）福祉タクシー使用契約の廃止に係る申出書

 下記のとおり契約廃止を申し出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 契約廃止日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 廃止理由 |  |