

# 利用者登録申請書

事務局用		—	
受付場所	伊窓 伊防 谷庁 きらくやま	受付日	年 月 日
	みらい平コ 小絹コ		
	板橋コ 谷井田コ 市民センター		

ご住所	つくばみらい市 <b>福田195</b>					
お電話番号 (ご自宅)	<b>0297 ( 58 ) 2111</b>					
登録者	ふりがな 登録者氏名	性別	生年月日	携帯電話番号 (お持ちの方)	障がい者手帳等をお持ちの方 お持ちの手帳にレを付けてください。	ひとりで乗降
1	つくば たろう 筑波 太郎	男 ・ 女	大・昭平・令 44年10月15日	090-0000-0001	<input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 精神障がい保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 被爆者健康手帳 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳	できる ・ できない
2	つくば はなこ 筑波 花子	男 ・ 女	大・昭平・令 50年6月8日	090-0000-0002	<input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 精神障がい保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 被爆者健康手帳 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳	できる ・ できない
3	つくば さくら 筑波 さくら	男 ・ 女	大・昭・平・令 22年9月25日	090-0000-0003	<input checked="" type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 精神障がい保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 被爆者健康手帳 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳	できる ・ できない

◎運転手に知っておいてもらいたい事項

**さくらの介助者として花子が同乗します。**

◎今後、利用される予定の場所(施設)等をご記入ください。(★公共施設等は、住所の記載不要です。)

行き先	住所	行き先	住所	行き先	住所
〇〇スーパー	つくばみらい市 谷井田	〇〇クリニック	つくばみらい市 陽光台		つくばみらい市

●デマンド乗合タクシーは、どのように知りましたか？

1. **広報紙** 2. お知り合いからの紹介 3. ホームページ 4. 市職員、民生委員等からの紹介 5. その他( )

★ひとりで乗り降りができない方は、介助者と同乗であればご利用いただけます。

★ご利用される予定の方(介助者を含む)、すべてのお名前をご記入ください。

★本情報は、内容確認のため市役所関係課に照会する場合を除き、「デマンド乗合タクシー」に関する事以外には、使用いたしません。

**お問い合わせ先**  
 〒300-2492 つくばみらい市加藤237  
 つくばみらい市役所 都市計画課  
 TEL:0297-58-2111(内線5103)  
 FAX:0297-52-6024