

# 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
-----	---------

お電話番号 (ご自宅)	
----------------	--

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 お持ちの手帳にシを付けてください。	ひとりで乗降
1		男 ・ 女	大・昭・平・令  年 月 日		<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		男 ・ 女	大・昭・平・令  年 月 日		<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		男 ・ 女	大・昭・平・令  年 月 日		<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

◎運転手に知っておいてもらいたい事項

◎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
	つくばみらい市		つくばみらい市		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