

# 利用者登録申請書

|     |   |     |
|-----|---|-----|
| —   |   |     |
| 受付日 | 年 | 月 日 |

| ご住所            |               | つくばみらい市 |         |                   |                                      |            |                  |
|----------------|---------------|---------|---------|-------------------|--------------------------------------|------------|------------------|
| お電話番号<br>(ご自宅) |               |         |         |                   |                                      |            |                  |
| 登録者            | ふりがな<br>登録者氏名 | 性別      | 生年月日    | 携帯電話番号<br>(お持ちの方) | 障害者手帳等をお持ちの方<br>お持ちの手帳の等級に○を付けてください。 | ひとりで乗降     |                  |
| 1              |               | 男       | 大・昭・平・令 |                   | 障害者手帳                                | 1級・2級・1種3級 | できる<br>・<br>できない |
|                |               | 女       | 年 月 日   |                   | 療育手帳                                 | マルA・A      |                  |
|                |               |         |         |                   | 精神障害保健福祉手帳                           | 1級・2級      |                  |
| 2              |               | 男       | 大・昭・平・令 |                   | 障害者手帳                                | 1級・2級・1種3級 | できる<br>・<br>できない |
|                |               | 女       | 年 月 日   |                   | 療育手帳                                 | マルA・A      |                  |
|                |               |         |         |                   | 精神障害保健福祉手帳                           | 1級・2級      |                  |
| 3              |               | 男       | 大・昭・平・令 |                   | 障害者手帳                                | 1級・2級・1種3級 | できる<br>・<br>できない |
|                |               | 女       | 年 月 日   |                   | 療育手帳                                 | マルA・A      |                  |
|                |               |         |         |                   | 精神障害保健福祉手帳                           | 1級・2級      |                  |
| 4              |               | 男       | 大・昭・平・令 |                   | 障害者手帳                                | 1級・2級・1種3級 | できる<br>・<br>できない |
|                |               | 女       | 年 月 日   |                   | 療育手帳                                 | マルA・A      |                  |
|                |               |         |         |                   | 精神障害保健福祉手帳                           | 1級・2級      |                  |
| 5              |               | 男       | 大・昭・平・令 |                   | 障害者手帳                                | 1級・2級・1種3級 | できる<br>・<br>できない |
|                |               | 女       | 年 月 日   |                   | 療育手帳                                 | マルA・A      |                  |
|                |               |         |         |                   | 精神障害保健福祉手帳                           | 1級・2級      |                  |

◎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 |

※身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方は、該当する等級に○を記入してください。

★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。

|                          |
|--------------------------|
| <b>お問い合わせ先</b>           |
| 〒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         |

【聞き取り調査】

●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( )