様式第１号（第８条関係）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 久喜市デマンドタクシー実証実験利用登録申請書 | | | | | |
| 久喜市長　宛て | | | | 令和　　　年　　月　　日 | |
| 申請者（代理申請者）　住　　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　(ふりがな)（　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | |
| 久喜市デマンドタクシー利用登録証の | | | | □交付を受けたい  □登録内容を変更したい | |
| ※この申請書は、生活安全課及び各総合支所市民課で受け付けます。  ※この申請書は、郵送及び代理による申請も可能です。 | | | | | |
| 利　用　者① | ふりがな |  | | ㍽･㍼･㍻･令和　 年　 月　 日生 | |
| 氏名 |  | | 男　・　女 | |
| 住　　　所 |  | | | |
| 電話番号 | 自宅 | 携帯 | | |
| 区　　　分  （市内在住） | □75歳以上　□障がい者 | | | ※市処理欄  有効期間（　　　　　） |
| □要介護･要支援認定者　□難病認定者 | | |
| 運転手に知っておいてもらいたい事項 | | | | |
| 利　用　者② | ふりがな |  | | ㍽･㍼･㍻･令和　 年　 月　 日生 | |
| 氏名 |  | | 男　・　女 | |
| 住　　　所 |  | | | |
| 電話番号 | 自宅 | 携帯 | | |
| 区　　　分  （市内在住） | □75歳以上　□障がい者 | | | ※市処理欄  有効期間（　　　　　） |
| □要介護･要支援認定者　□難病認定者 | | |
| 運転手に知っておいてもらいたい事項 | | | | |

※ご自宅の地図をご記入ください。また申請には同意欄への署名が必要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 同意欄 | 私は登録情報をデマンドタクシー実証実験に関して使用することを了承します。  氏名  （市は登録情報をこの目的以外の用途には一切使用いたしません。） |

MC900343707[1]

【 自宅付近地図 】　　★：自宅

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 久喜市デマンドタクシー実証実験利用登録申請書（記入例） | | | | | |
| 久喜市長　宛て | | | | 令和元年　５月　１日 | |
| 申請者（代理申請者）　住　　所　久喜市下早見○○○○  　　　　　　　　　　　　　　　　　　(ふりがな)（　くき　たろう　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　久喜　太郎  　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　２２－○○○○ | | | | | |
| 久喜市デマンドタクシー利用登録証の | | | | ☑交付を受けたい  □登録内容を変更したい | |
| ※この申請書は、生活安全課及び各総合支所市民課で受け付けます。  ※この申請書は、郵送及び代理による申請も可能です | | | | | |
| 利　用　者① | ふりがな | くき　たろう | | ㍽･㍼･㍻･令和１５年　１月　１日生 | |
| 氏名 | 久喜　太郎 | | 男　・　女 | |
| 住　　　所 | 久喜市下早見○○○○ | | | |
| 電話番号 | 自宅 ２２－○○○○ | 携帯 ０９０－○○○○―○○○○ | | |
| 区　　　分  （市内在住） | ☑75歳以上　□障がい者 | | | ※市処理欄  有効期間（　　　　　） |
| □要介護･要支援認定者　□難病認定者 | | |
| 運転手に知ってもらいたい事項  ・久喜太郎は車椅子を利用しているので、介助者が同乗します。  ・耳が聞こえ難い。 | | | | |

※ご自宅の地図をご記入ください。また申請には同意欄への署名が必要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 同意欄 | 私は登録情報をデマンドタクシー実証実験に関して使用することを了承します。  氏名　　久喜　太郎  （市は登録情報をこの目的以外の用途には一切使用いたしません。） |

MC900343707[1]

【 地図の記入例 】

○○公園の隣

○○公園

**利用対象者と提出書類（申請書とともに提出する書類）**

利用できる方は久喜市に住民登録のある次の方になります。

※代理の方による窓口申請ができます。その場合、利用対象者確認書類は原本の提示またはコピーの提出

となります。

※郵送による申請ができます。その場合、利用対象者確認書類のコピーを同封してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 受付部署 | 処理欄 |
|  |  |