様式第１号（第８条関係）

年　　月　　日

茨城町長　あて

茨城町デマンド型乗合タクシー利用登録申請書

利用を希望する方は，全員登録をお願いします。

住　　所	〒　　－ 茨城町	行政区名	
ふりがな 世帯主名		生年月日	年　　月　　日
ご自宅の電話番号		携帯電話番号	

番号	ふりがな ご登録者名	続柄	性別（※任意記載）	生年月日	介助	携帯電話番号	対象者区分（※より該当する番号を選択）
①				年　月　日			
②				年　月　日			
③				年　月　日			
④				年　月　日			
⑤				年　月　日			

■運転手に知っておいてもらいたい事項

※対象者区分

①６５歳以上　②運転免許証を自主返納した　③身体障害者手帳の交付を受けている
④精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている　⑤療育手帳の交付を受けている
⑥要介護認定を受けている　⑦要支援認定を受けている　⑧介護予防・日常生活支援総合事業を受けている
⑨疾病等（感染症は除く）により一時的に車の運転が困難な方（理由：　　）

私は，茨城町デマンド型乗合タクシー利用登録申請書に記載した内容について，茨城町の関係課の職員が確認することに同意します。

年　　月　　日

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■留意事項

・介助を必要とする方は，「介助」欄に〇をつけてください。
・運転免許証を自主返納した方は，運転経歴証明書の写しを添付してください。
・身体障害者手帳・精神保健福祉手帳・療育手帳の交付を受けている方や要介護認定者等であって減免を受けようとする方は，各種手帳・介護保険被保険者証等の写しを添付してください。
・この登録情報は，デマンド型乗合タクシーに関する利用以外に使用いたしません。