**松川町デマンド交通**

申請日　　令和　　　年　　　月　　　日

**利 用 登 録 票**

松川町デマンドタクシーをご利用いただくには、事前に利用者登録（無料）が必要です。こちらの用紙に必要事項を記入して、役場まちづくり政策課へご提出ください。※初回のみ登録いただければ結構です。

ご家族（同じ住所で複数の方）であれば、一度に登録いただくことも可能です。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ご自宅住所　〒399-**  松川町 | | **自治会** | | | **ご自宅電話番号**  0265　(　　　) |
| ※ご自宅の前までデマンドタクシーが入れますか？ | | １ 乗り入れ、方向転換可能　　　２ 乗り入れ可能　　　３ 難しい | | | |
| 記  入  例 | ふりがな　　**まつかわ　　　　　たろう** | | 男  ・  女 | 携帯電話番号  **090-**  **××××-**  **××××** | 該当する番号を○で囲んでください。  １ 65歳以上　２ 障がい者福祉施設へ通所  ３ 障がい者手帳所持　４ 小学校就学前  ５　要支援及び要介護認定の方 |
| 氏名　　 **松川　太郎** | |
| 予約時や乗車時に伝えておきたいことがあればご記入ください。 |
| 生年月日（大・・平）**30**年　**４**　月　**1**　　日 | |
| **１** | ふりがな | | 男  ・  女 | 携帯電話番号 | 該当する番号を○で囲んでください。  １ 65歳以上　２ 障がい者福祉施設へ通所  ３ 障がい者手帳所持　４ 小学校就学前  ５ 要支援及び要介護認定の方 |
| 氏名 | |
| 予約時や乗車時に伝えておきたいことがあればご記入ください。 |
| 生年月日（大・昭・平）　　　　年　　　　月　　　　日 | |
| **２** | ふりがな | | 男  ・  女 | 携帯電話番号 | 該当する番号を○で囲んでください。  １ 65歳以上　２ 障がい者福祉施設へ通所  ３ 障がい者手帳所持　４ 小学校就学前  ５ 要支援及び要介護認定の方 |
| 氏名 | |
| 予約時や乗車時に伝えておきたいことがあればご記入ください。 |
| 生年月日（大・昭・平）　　　　年　　　　月　　　　日 | |
| **３** | ふりがな | | 男  ・  女 | 携帯電話番号 | 該当する番号を○で囲んでください。  １ 65歳以上　２ 障がい者福祉施設へ通所  ３ 障がい者手帳所持　４ 小学校就学前  ５ 要支援及び要介護認定の方 |
| 氏名 | |
| 予約時や乗車時に伝えておきたいことがあればご記入ください。 |
| 生年月日（大・昭・平）　　　　年　　　　月　　　　日 | |

※登録用紙に記入いただいた個人情報は運行事業者に提供しますが、松川町デマンドタクシーの運行以外の目的には使用いたしません。

※運行に遅れなどが生じた場合、乗車予定の停留所にいらっしゃらない場合に、お電話にて連絡をすることがあります。

※登録内容を確認するため、役場内で他の課に照会する場合があります。

※登録された住所や氏名に変更があった場合は、まちづくり政策課までご連絡をお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **役　場　処　理　欄** | | | |
| 受　　付 | | 登録処理 | |
| 令和　　　年　　　月　　　日 担当： | | 登録番号：　　　　　－  令和　　　年　　　月　　　日 担当： | |
| **保健福祉課　確認** | | | |
| 確認日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | 担当者：　　　　　　　　　　　㊞ |
| 確　認 | 表面記載者全ての該当の有無について確認  有　　　　/　　　　無 | |