

# 乗合型デマンドタクシー利用者登録申請書

申込日 年 月 日

ご住所	〒 -	固定電話
-----	-----	------

ふりがな	窓口に来た人	区分等
お名前1	生年月日（西暦） 年 月 日	携帯電話 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 幼児・乳児

ふりがな	続柄（ ）	区分等
お名前2	生年月日（西暦） 年 月 日	携帯電話 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 幼児・乳児

ふりがな	続柄（ ）	区分等
お名前3	生年月日（西暦） 年 月 日	携帯電話 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 幼児・乳児

ふりがな	続柄（ ）	区分等
お名前4	生年月日（西暦） 年 月 日	携帯電話 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 幼児・乳児

事務局確認	本人確認書類		
	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード
	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード（写真付き）		<input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード（写真なし）
	<input type="checkbox"/> 旅券（パスポート）	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 各種年金手帳（証書）
	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 恩給証書	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証
	<input type="checkbox"/> そのほか（ ）		

受付者

## 乗合型デマンドタクシー利用者登録申請書

申込日 2024年 5月 15日

※1家族5人以上の登録の場合は、  
申請書の2枚目にご記入をお願いします。

ご住所	〒 340 - 0000 幸手市東〇-〇-〇	固定電話 0480-00-0000
-----	---------------------------	----------------------

ふりがな	さって たろう	窓口に来た人	区分等	
お名前1	幸手 太郎	生年月日（西暦） 1984 年 4月 1日	携帯電話 090-0000-0000	<input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 幼児・乳児

ふりがな	さって はなこ	続柄（妻）	「窓口に来た人」から見た続柄をご記入ください。	区分等
お名前2	幸手 花子	生年月日（西暦） 1988 年 8月 30日	携帯電話 080-0000-0000	<input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 幼児・乳児

ふりがな	さって はなたろう	続柄（父）	区分等	
お名前3	幸手 花太郎	生年月日（西暦） 1952 年 1月 1日	携帯電話 070-0000-0000	<input type="checkbox"/> 障害 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 幼児・乳児

ふりがな	さって はなみ	続柄（子）	区分等	
お名前4	幸手 花見	生年月日（西暦） 2014 年 7月 2日	携帯電話	<input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 要介護 <input checked="" type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 幼児・乳児

事務局確認	本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード
	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード（写真付き）	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード（写真なし）	<input type="checkbox"/> 各種年金手帳（証書）	
	<input type="checkbox"/> 旅券（パスポート）	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証	
	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 恩給証書		
	<input type="checkbox"/> そのほか（ ）			

こちらの区分に該当の方は、そのことを証する書類（各種手帳や介護保険被保険者証等）をお持ちください。

受付者