

阿波市地域公共交通活性化協議会 会長 様

〒 771〇〇-●●●●●

申請者 住所 阿波市市場町切幡字古田201-1

氏名 阿波 太郎

〒 771〇〇-●●●●●

登録 住所 阿波市土成町土成字丸山1-1

私はデマンド型乗合交通の運行方法及び利用方法を了承のうえ、下記のとおり利用登録を申請します。また、申請内容の確認のため、市役所の関係課への調査及び運行に係る事業者との情報共有については、異議なく同意します。

登録者	(ふりがな)	性別	生年月日	申請者との関係	電話番号 (ご自宅) 電話番号 (携帯)	減免を受けようとする方※2
	氏名					
1	あわ たろう	男 女	2年〇月〇日	本人	●●●●●-●●●●●-●●●●● 090-●●●●●-●●●●●	<input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 免許返納者
	阿波 太郎					
2	あわ はなこ	男 女	3年〇月〇日	妻	- - 090-●●●●●-●●●●●	<input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 免許返納者
	阿波 花子					
3		男 女	年 月 日		- - - -	<input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 免許返納者
4		男 女	年 月 日		- - - -	<input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 免許返納者
5		男 女	年 月 日		- - - -	<input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 免許返納者

■既存乗降場所以外で利用目的地の希望があれば記入してください。

利用したい目的地		利用したい目的地	
施設名	所在地	施設名	所在地

※1 赤い太枠内に必要事項を記入してください。

※2 運賃の減免措置を受けようとする者は、障がい者、免許返納者等を証する書類を提出してください。

■知っておいてもらいたい事項

- ・阿波市に住所を有していない方はご利用いただけません。
- ・ご利用時の乗降車場所確認のため、現地調査を行わせていただきます。その際、ご自宅と乗降場所の写真を撮影させていただくことがあります。ご了承ください。
- ・出来る限りご自宅近くまで運行しますが、調査により運行が難しいと判断した場合、乗降車場所を変更させていただく場合があります。
- ・登録後、記載事項に変更が生じた場合は速やかに予約センターへご連絡をお願いします。
- ・この登録情報は、「阿波市デマンド型乗合交通」に関する利用以外に使用いたしません。

市役所及び 事業者 使用欄	市担当者	確認欄	事業者受付	事業者担当者	データ入力	処理者
	/	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 老人 <input type="checkbox"/> 障害者等 <input type="checkbox"/> 免許返納者 <input type="checkbox"/> 小学生以下 <input type="checkbox"/> 未就学児		/	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 申請人 <input type="checkbox"/> 申請人との関係 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> 運賃 <input type="checkbox"/> 降車ポイント <input type="checkbox"/> 利用者情報 <input type="checkbox"/> その他	/