

(様式 I)

阿波市デマンド型乗合交通利用登録申請書

令和 年 月 日

阿波市地域公共交通活性化協議会 会長 様

申請者 〒 771-1600
 住所 阿波市市場町切幡字古田201-1
 氏名 阿波 太郎
 電話番号 0883 - 36 - ●●●●

※ 登録者が18歳未満の場合は、申請者は保護者としてください。

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、次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、阿波市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。

申請者と同一の場合は、現住所の記載は不要です。

登録者	現住所	申請者と同一の場合は、現住所の記載は不要です。					
	(ふりがな) 氏名	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)	次の割引を受けようとする方※1	市役所使用欄
1	あわ たろう 阿波 太郎	男	大正 昭和 20年○月○日 平成 令和	本人	0883 - ●●●● - ●●●● 090 - ●●●● - ●●●●	<input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 免許返納者	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 18歳以下 <input type="checkbox"/> 小学生未満 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 免許返納者
	あわ はなこ 阿波 花子	女	大正 昭和 20年○月○日 平成 令和	妻	- - 090 - ●●●● - ●●●●	<input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 免許返納者	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 18歳以下 <input type="checkbox"/> 小学生未満 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 免許返納者

※1 障がい者又は免許返納者の割引を受けようとする場合は、身体障害者手帳等又は運転経歴証明書等の写しを提出してください。

※2 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。

●該当する場合に、ご記入ください。

■ 阿波市内の施設等に入所されている場合は、ご記入ください。記入した施設等が乗降場所になります。

施設名 ▲▲▲▲▲	電話番号 088 - ●●● - ●●●●
所在地 阿波市 土成 町 土成字丸山1-1	

■ 知っておいてもらいたい事項

【注意事項】

- ご利用時の乗降場所確認のため、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、現地調査により運行が難しいと判断した場合、乗降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、速やかに変更手続きを行ってください。

市役所事業者使用欄	市役所確認	事業者確認	登録者 1	登録者 2
	／	／	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 登録者 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> 割引 <input type="checkbox"/> 乗降場所 <input type="checkbox"/> 利用者情報 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 登録者 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> 割引 <input type="checkbox"/> 乗降場所 <input type="checkbox"/> 利用者情報 <input type="checkbox"/> その他