|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付番号 |  | 受付年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | 大畠地区社協提出ＴＥＬ：（0820）45-3211ＦＡＸ：（0820）45-3212 |

『大畠うずしお号』　利用登録票

本登録票について、大畠地区予約制乗合タクシー「大畠うずしお号」の運行に関する目的で使用することに同意した上で登録します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ世帯主氏名 |  | 住　所 | 柳井市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自治会名　　　　　　　　　　　） |
|  |
| 生まれた年 | Ｔ　ＳＨ　Ｒ | 　　　　　　　　　年 | 性別 | 男 ・ 女 | 電話番号 |  | 携帯電話番号 |  |
| 続柄 | フリガナ | 性別 | 生まれた年(大正・昭和・平成・令和)Ｔ　　Ｓ　　Ｈ　　Ｒ | 携帯電話番号 | 障がい者手帳の有無、有効期限○で囲んでください。 | 運転手に知ってもらいたい事項例：足が不自由。耳が遠い。玄関までではなく、家の前の道路で待っていて欲しいなど |
|  登録者氏名 |
|  |  | 男 ・ 女 | Ｔ ＳＨ Ｒ | 年　　　　 |  | 第１種　・　第２種(　　 年　　月　　日) |  |
|  |
|  |  | 男 ・ 女 | Ｔ ＳＨ Ｒ | 年　　　　 |  | 第１種　・　第２種(　　 年　　月　　日) |  |
|  |
|  |  | 男 ・ 女 | Ｔ ＳＨ Ｒ | 年　　 |  | 第１種　・　第２種(　　 年　　月　　日) |  |
|  |
|  |  | 男 ・ 女 | Ｔ ＳＨ Ｒ | 年　　　　 |  | 第１種　・　第２種(　　 年　　月　　日) |  |
|  |
|  |  | 男 ・ 女 | Ｔ ＳＨ Ｒ | 年　　　　 |  | 第１種　・　第２種(　　 年　　月　　日) |  |
|  |

●「障がい者手帳の有無」については、該当する場合、下の区分により、どちらかを〇で囲んでください。

・第１種：身体障がい者手帳（第１種）、療育手帳（第１種またはＡ）、精神障がい者保健福祉手帳（１級または１２歳未満の精神障がい者）

・第２種：身体障がい者手帳（第２種）、療育手帳（第２種またはＢ）、精神障がい者保健福祉手帳（１２歳以上の２級、３級）

●障がい者手帳に有効期限がある場合は、有効期限も記入してください。手帳更新時に、利用登録票の更新の手続をしてください。