「阿月神明号」 利用登録票　　　　　　　　提出先　阿月出張所（阿月地区社協事務局）

ＴＥＬ：0820-２７-０００1　　ＦＡＸ：0820-２７-００２１

予約制乗合タクシー「阿月神明号」の運行目的及び利用の手引きを理解したうえで登録します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 生まれた年大正 昭和平成 令和 | 電話番号 | 住　　　　所(自 治 会)　　 | 障がい者手帳※１ | 備　　　　考（足が不自由、家の前の道が狭い、など事前に伝えたいこと）　　　　　　　　　　※２ |
|  登録者氏名 |
|  | 大 昭 平 令 年 | 固定 - -携帯 - - | 柳井市阿月 　　　番地(　 　　　　　　　　) | １種２種 |  |
| ① |
|  | 大 昭 平 令 年 | 固定 - -携帯 - - |  | １種２種 |  |
| ② |
|  | 大 昭 平 令 年 | 固定 - -携帯 - - |  | １種２種 |  |
| ③ |
|  | 大 昭 平 令 年 | 固定 - -携帯 - - |  | １種２種 |  |
| ④ |
|  | 大 昭 平 令 年 | 固定 - -携帯 - - |  | １種２種 |  |
| ⑤ |

※１　「障がい者手帳」欄については、該当する場合、下の区分により、どちらかに〇をつけ、確認のため申請時に手帳をご持参ください。

・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）

・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）

※２　阿月地区外の親族の方は、「備考」欄に続柄を「阿月〇〇番地〇(△△自治会)の□□□□の子」のように記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事 務 局受付番号 |  | 事 務 局受 付 日 | 年　　　　　月　　　　　日 |

〇 登録情報は、「阿月神明号」の運行にのみ

使用します。