

様式第1号（第4条関係）

（表）

お出かけサポートタクシー事業利用登録申請書

ふじみ野市長 宛て

年 月 日

申請者 住 所  
(ふりがな) ( )

氏 名

電話番号

利用者との関係

代理人 住 所  
(ふりがな) ( )

氏 名

電話番号

利用者との関係

お出かけサポートタクシー事業利用登録証の

交付を受けたいので

登録内容を変更したいので

次のとおり申請します。

利 用 者	ふりがな		生年月日
	氏名 ①		年 月 日
	住 所		
	電話番号	(固定)	(携帯)
	区 分	<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 要介護等認定者 <input type="checkbox"/> 障がい者・難病患者等 <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 未就学児	※市処理欄 有効期間 ( )

※次の事項をお読みいただき、同意された方のみ申請してください。

同 意 欄	<p>(1) 申請内容確認のため、必要に応じ関係台帳等の閲覧を行います。</p> <p>(2) 記入いただいた内容は、お出かけサポートタクシー運行（主な内容：利用登録、予約受付、配車、運行、アンケート調査）に関して利用します。また、お出かけサポートタクシーを運行する事業者に提供します。</p> <p>(3) 記入いただいた内容は、個人の特定につながる情報を除いた上で、利用実態の分析等のために利用します。</p> <p>上記事項に同意します。</p> <p style="text-align: right;">氏名</p>
-------------	---

(裏)

利 用 者	ふりがな		生年月日
	氏名②		年 月 日
	住 所		
	電話番号	(固定)	(携帯)
	区 分	<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 要介護等認定者 <input type="checkbox"/> 障がい者・難病患者等 <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 未就学児	※市処理欄 有効期間 ( )
	ふりがな		生年月日
	氏名③		年 月 日
	住 所		
	電話番号	(固定)	(携帯)
	区 分	<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 要介護等認定者 <input type="checkbox"/> 障がい者・難病患者等 <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 未就学児	※市処理欄 有効期間 ( )
	ふりがな		生年月日
	氏名④		年 月 日
	住 所		
	電話番号	(固定)	(携帯)
	区 分	<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 要介護等認定者 <input type="checkbox"/> 障がい者・難病患者等 <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 未就学児	※市処理欄 有効期間 ( )
	ふりがな		生年月日
	氏名⑤		年 月 日
	住 所		
	電話番号	(固定)	(携帯)
	区 分	<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 要介護等認定者 <input type="checkbox"/> 障がい者・難病患者等 <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 未就学児	※市処理欄 有効期間 ( )

処 理 欄	①登録	②入力