

朝日町デマンドタクシー利用登録票

申請日：令和 年 月 日

住所	朝日町大字			
ご自宅の電話番号				
登録者	フリガナ 氏名	性別	生年月日	備考
①		男・女	大正 昭和 年 月 日 平成	
②			大正 昭和 年 月 日 平成	
③			大正 昭和 年 月 日 平成	
④			大正 昭和 年 月 日 平成	
⑤			大正 昭和 年 月 日 平成	

【以下、障害者手帳保持者の方のみ、ご記入願います】

障害者手帳を所持している方は、利用料金が半額となります。

内容確認する必要がありますので、下記に閲覧同意の署名・捺印をお願いします。

なお、利用登録票を提出されますと、デマンドタクシー利用時に手帳確認は行いません。

承諾書

私は障害者手帳の交付を受けており、その内容確認のため台帳を閲覧することを承諾します。

氏名 印 (※)

氏名 印 (※)

※欄は記入しないでください

- この登録情報は、受付システムに利用者情報を入力するうえで必要となりますので、住所・氏名等は正確に記入してください。
- ご利用の際は住所・氏名・条項場所・ご利用になる便を予約センターへお伝えください。
- ご不明な点がございましたら、朝日町政策推進課 総合政策情報係 (☎67-2112) またはデマンド予約センター (☎67-2173) へお問い合わせください。