

## 西川町デマンド型乗合タクシー利用登録申請書

年 月 日

西川町長 あて

次のとおり西川町デマンド型乗合タクシー利用者登録について申請します。

(フリガナ) 登録申請者名		性別	男・女	生年 月日	年 月 日
(フリガナ) 世帯主名		住所	〒 西川町大字		
自宅電話番号	—	携帯電話番号	— —		
○ご家族で登録申請する方がいる場合は、下記の欄にご記入下さい。					
フリガナ	性別	生年 月 日		携帯をお持ちの方は 携帯電話番号	
併せて申請するご家族の氏名					
	男・女	年 月 日		— —	
	男・女	年 月 日		— —	
	男・女	年 月 日		— —	

申請内容（登録者情報）について、住民基本台帳により確認すること及び関係機関に照会することに同意します。

また、必要な情報をデマンド型乗合タクシーの運行に使用すること（デマンド型乗合タクシー事業者への提供を含む）についても同意します。

年 月 日 氏名

- ・障がいをお持ちの方は障害者手帳の写しを添付してください。
- ・その他、乗務員等へ事前に知らせたい事項があればお書きください。

※この登録情報は、西川町デマンド型乗合タクシーに関する目的以外に使用いたしません。

