美馬ふれあいバス

利 用 登 録 申 請 書

記入例

美馬市長　様

美馬ふれあいバスの利用登録を申請します。
なお、所在確認のため、記載事項について調査されることに同意します。

受付係印

ID.		申請年月日	令和　〇年　〇月　〇日
住　所	美馬市　穴吹町穴吹字九反地5番地	電話番号	〇〇　－　〇〇〇〇

利用登録申請者	氏　名	携帯電話番号等	生年月日	特記事項
①	(フリガナ)　デマンド　タロウ デマンド　太郎	〇〇〇－〇〇〇〇－〇〇〇〇	大正・(昭和)・平成・令和 〇〇年　〇〇月　〇〇日	運転経歴証明書・障害者手帳
②	(フリガナ)　デマンド　ハナコ デマンド　花子	〇〇〇－〇〇〇〇－〇〇〇〇	大正・昭和・(平成)・令和 〇〇年　〇〇月　〇〇日	運転経歴証明書・(障害者手帳)
③	(フリガナ)	－　－	大正・昭和・平成・令和 年　月　日	運転経歴証明書・障害者手帳
④	(フリガナ)	－　－	大正・昭和・平成・令和 年　月　日	運転経歴証明書・障害者手帳
⑤	(フリガナ)	－　－	大正・昭和・平成・令和 年　月　日	運転経歴証明書・障害者手帳

緊急連絡先		備考
緊急の連絡先を記入してください。 ※日中連絡のつく電話番号を記入してください。		オペレーターやドライバーに伝えておきたいことがあれば記入してください。
氏名	(フリガナ)　デマンド　イチロウ デマンド　一郎	・自宅まで車が入れない ・耳が聞こえづらい
携帯電話番号等	〇〇〇　－　〇〇〇〇　－　〇〇〇〇	

※赤い太枠内に必要事項を記入してください。

※運転経歴証明書もしくは障害者手帳（療育手帳）をお持ちの方は、備考欄の該当するものに〇印をつけてください。（提示をお願いします。）

※　美馬市に住所を有さない方は、利用できません。
※　介護タクシーを利用されている方、自力で乗降車できない方は、利用できません。
※　無断キャンセルを3回した場合は、3か月間利用できなくなります。
※　利用時の乗降車場所確認のため、現地調査を行います。その際、自宅と乗降場所の写真を撮影します。
※　調査により自宅への車の進入が難しいと判断した場合は、乗降車場所を変更する場合があります。
※　登録後、記載事項に変更が生じた場合は、速やかに受付センター又は事務局へ連絡をお願いいたします。
※　この情報は、美馬ふれあいバスに関する利用以外に使用いたしません。

お問い合わせ先：美馬ふれあいバス受付センター　TEL：0883－52－5719
事務局（美馬市役所　ふるさと振興課）　TEL：0883－52－8009