

記入例



最上町予約制乗合バス(デマンド型)運行事業



## 予約制乗合バス(デマンド型)利用登録申請書

最上町予約制乗合バス(デマンド型)の運行方法及び利用方法に了承のうえ申請します。

該当か所を ○で囲んで下さい	<input checked="" type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 追加 <input type="radio"/> 住所変更	申込日	令和 年 月 日	
住所	〒 999 - 6101 最上町大字向町644	集落名	向町4	
世帯主名	最上 太郎	自宅の 電話番号	43-2111	
●利用者情報記入欄(世帯主が登録される場合も以下の欄にご記入ください。)				
登録者	ふりがな	性別	※ 障害者手帳 などの有無	お持ちの方は 携帯電話番号 (緊急連絡先用)
	お名前			
	生年月日			
	モガミ タロウ			
	最上 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	090 - 1234 - 5678
	大 <input checked="" type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 平 16 年 1 月 1 日			
	モガミ ハナコ			
	最上 花子	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	- -
	大 <input checked="" type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 平 18 年 2 月 1 日			
		男・女	有・無	- -
	大・昭・平 年 月 日			

※障害者手帳(身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳)をお持ちの方は、別途「割引申請書」にも記入の上、手帳の写しを添付して下さい。

●参考までに、よく出かけられる場所(繰り返し利用される施設等)をご記入ください。

① 最上病院      ② 銀行      ③ スーパー

●予約オペレーターや運転手に知ってもらいたい事項

例/耳が聞こえづらいので、大きな声でお話ください。  
体の関係で乗車の際に時間がかかります。 など

受付印

※この登録情報は「最上町予約制乗合バス(デマンド型)運行事業」に関する以外に利用しません。

※登録内容確認のために、役場関係課に照会する場合があります。