**令和７年度デマンドタクシー利用登録申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 申請日  **■太枠内の事項について記載してください。** | | | | 令和７年　　　月　　　日 | | |
| ふりがな |  | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | |
| 住所 | 尾張旭市 | | | | | | |
| 生年月日 | 大・昭・平 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| 電話番号（※） | （携帯電話） |  | | | | | |
| （自宅） | （　　　　　　　） | | | | | |
| 対象の区分 | □　７５歳以上 | | □ | 障害者手帳等  保持者 | | □ | 運転免許証  返納者 |
| □　要介護等認定者 | | □ | 妊婦 | | □ | 未就学児保護者 |

　 ※予約時間にお見えにならない場合、タクシー事業者より状況確認の電話が入る

ことがあります。外出先でも連絡が取れるよう携帯番号の記入をお願いします。

署名欄

私は、デマンドタクシー利用登録証発行等に必要な事項として、上記の申請

内容を尾張旭市が運行事業者に必要に応じて提供することに同意します。

令和７年　　月　　　日　　　氏名

（市処理欄）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | | 登録№ | **北東部** | １　－ |
| **南西部** | ２　－ |
|  | | 確認書類 | □ 健康保険証・その他（　　　　　　　　　　） | |
| □ 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳 | |
| □ 取消通知書・運転経歴証明書 | |
| □ 介護保険被保険者証 | |
| □ 母子健康手帳・その他（　　　　　　　　　） | |
| 対象地区 | □ 確認済 | □ 子の健康保険証・その他（　　　　　　　　） | |
| 備考欄 |  | | | |