信濃町デマンドタクシー『ふれあいコスモス号』登録・割引カード交付申請

**利用者登録用紙**

ふれあいコスモス号の利用登録を希望される方は、この登録用紙に必要事項を記入してご提出ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住　　所 | 信濃町大字 | | | | 地区 | |  | | | |
| 電話番号 | 026- | | | | | | | | | |
|  | 性別 | 生年月日 | | | | 携帯電話番号 | | 割引カード  発行希望 | | 対象  項目 |
|  | 男 ・ 女 | 大正／昭和／平成  年　 　月　　 日 | | | |  | | 希望・不要 | |  |
|  |
|  | 男 ・ 女 | 大正／昭和／平成  年　　 月　 　日 | | | |  | | 希望・不要 | |  |
|  |
|  | 男 ・ 女 | 大正／昭和／平成  年　　 月　 　日 | | | |  | | 希望・不要 | |  |
|  |
| デマンドバス利用時に運転手に伝えておきたい事項等 | | | | | | | | | | |
| (例)冬季は家の前に車が入れない | | | | | | | | | | |
| **割 引 対 象 項 目 一 覧 （該当する項目がある場合は割引対象になります）** | | | | | | | | | | |
| □**該当なし**  □①身体障害者手帳所有  □②精神障害者保健福祉手帳所有  □③療育手帳所有  □④障害者自立支援医療適用 | | | □⑤特別児童扶養手当受給世帯  □⑥児童扶養手当受給世帯  □⑦生活保護世帯  ※⑤～⑦（有効期限　 　年　 　月　 　日） | | | | | | 福祉係  （確認欄） | |
|  | |
| □**該当なし**  □⑧要介護または要支援認定者  □⑨介護予防・日常生活支援  総合事業対象者 | | 介護支援係  （確認欄） | | □**該当なし**  □⑩運転免許証自主返納者  □⑪特定医療費受給者  ※窓口申請時に証明となるものをお持ちください | | | | | 商観・癒し係  （確認欄） | |
|  | |  | |

地　図　番　号

備　考