

マイタク（でまんど相乗りタクシー） 利用登録証交付申請書

（あて先）前橋市長

平成 年 月 日

申請者（フリガナ）

氏 名

住 所 前橋市 町

生年月日 T・S・H 年 月 日 男・女

電話番号 — —

（代理人）氏 名 （続柄 ）

住 所

電話番号 — —

確認書類を添えて利用登録証の交付申請をします。

承認事項

次の事項を承諾し、申請します。

1. タクシーの配車情報として使用するため、カナ氏名、住所、電話番号、登録番号を前橋地区タクシー協議会及び会員各社に提供すること。
（※前橋地区タクシー協議会及び会員各社による個人情報の二次利用、目的外利用は契約等により禁止されています。）
2. 市が必要に応じて実施する調査に協力し、申請情報、運行情報等を制度の研究に活用すること。

本人状況確認

- | | |
|---|--|
| A | <input type="checkbox"/> 満 75 歳以上 |
| B | <input type="checkbox"/> 満 65 歳以上で運転免許証（普通・準中型・中型・大型免許）なし |
| C | 下記のいずれかの該当者 |
| | <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 |
| | <input type="checkbox"/> 発達障害者 <input type="checkbox"/> 要介護、要支援認定者、介護予防・生活支援サービス事業対象者（総合事業） |
| | <input type="checkbox"/> 難病患者 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病患者 <input type="checkbox"/> 妊産婦 |
| | <input type="checkbox"/> 福祉有償運送利用なし <input type="checkbox"/> マイカー補助・減免等なし |
| D | <input type="checkbox"/> 運転免許証を自主返納した方（注：運転免許証失効者は対象外） |

※A～Dのいずれか1つに該当する方は登録できますが、当てはまる該当項目には、全てチェック又は○を付けてください。

注1：上記の登録条件Cに該当する方は、交付申請書に下記の確認書類の写し（コピー）を添えて申請してください。（※手帳等番号・氏名・住所・等級・要介護状態・認定年月日・有効期限・分娩予定日等の分かる箇所の写し（コピー）が必要となります。）

〈確認書類〉

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 身体障害者…身体障害者手帳 | <input type="checkbox"/> 難病患者…特定医療費（指定難病）受給者証 |
| <input type="checkbox"/> 知的障害者…療育手帳 | <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病患者 |
| <input type="checkbox"/> 精神障害者・発達障害者…精神障害者保健福祉手帳 | …小児慢性特定疾病医療受給者証 |
| <input type="checkbox"/> 要介護、要支援認定者、介護予防・生活支援サービス事業対象者（総合事業）…介護保険被保険者証 | <input type="checkbox"/> 妊産婦…母子手帳 |

注2：上記の登録条件Cに該当する方内、「福祉有償運送利用なし」・「マイカー補助・減免等なし」両方の欄にチェックが入らない方は、登録できません。

〈C区分に該当する方で登録できない方〉

- ・福祉有償運送利用の登録がある方
- ・身体障害者が運転しようとする自動車の改造に対する補助を受けた方
- ・福祉車両の購入又は改造するための補助を受けた車両で移動が可能な方
- ・運転免許取得費補助を受けた方で、現に運転免許証をお持ちの方
- ・軽自動車税、若しくは自動車税の減免を受けた車両で移動が可能な方

注3：妊産婦の登録可能期間は、出産予定日の4か月前の同日から、出産予定日の6か月後の月末までとします。

手帳等No	有効期限	登録番号	発行年月日 (交通政策課処理欄)	運番 (交通政策課処理欄)
※	※	※	※	※

※印欄は、本人記載不要です。

◎裏面の記載例を参照してご記入ください。

受付日