

郵送で申請される場合は、下記まで。

〒371-8601

前橋市大手町二丁目12番1号

前橋市役所 政策部 交通政策課 宛

記載例

利用登録証交付申請書

平成29年4月 1日

申請者 (フリガナ) **マエバシ タロウ**
 氏名 **前橋 太郎**
 住所 前橋市 大手町 二丁目 **○をつける**
 生年月日 T・**○S**・H **2年 2月 22日** **○男**・女
 電話番号 **027 - 123 - 4567**

(代理人) 氏名 (続柄))
 住所
 電話番号 - -

代理人申請のみ記載

確認書類を添えて利用登録証の交付申請をします。

承諾 以下の事項を承諾し、申請します。

1. 配車情報として使用するため、カナ氏名、住所、電話番号、登録番号を前橋一協議会及び会員各社に提供すること。
 2. 市、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、目的外利用は契等により禁止されています。

2. 市、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。

該当項目にチェック、または○をつける

該当項目をチェック、または○をつける

「登録条件:Cの方は、福祉有償運送、マイカー補助・減免に該当するかどうか、チェックしてください。」

本人状況確認

A 満75歳以上

B 満65歳以上で運転 (大型免許) なし

C 下記のいずれかの該当

身体障害者 知的障害者 精神障害者

発達障害者 要介護・要支援認定者

難病患者 小児慢性特定疾病患者 妊産婦

福祉有償運送利用なし マイカー補助・減免等なし

D 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)

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〉

- 身体障害者…身体障害者手帳
- 知的障害者…療育手帳
- 精神障害者・発達障害者…精神障害者保健福祉手帳
- 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
- 難病患者…特定医療費(指定難病)受給者証
- 小児慢性特定疾病患者…小児慢性特定疾病医療受給者証
- 妊産婦…母子手帳

注2: 上記の登録条件Cに該当する方の内、「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。

受付日

※印欄は係員が記入します。(本人記載不要)

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)	連番 (交通政策課処理欄)
*	*	*	*	*

※印欄は、本人記載不要です。