

移動支援登録申請書

令和 5 年 10 月 5 日

次の事項に同意のうえ、気仙沼市選挙時における移動支援を申請するとともに、以後の登録更新時において、自動更新を依頼します。

- 1 登録に関し、申請者の個人情報を確認することに同意します。
- 2 氏名等の個人情報をタクシー事業者へ提供することに同意します。
- 3 交付を受けた乗車券を利用期間外又は目的外で使用した場合は、当該料金について利用者が負担します。

ふりがな	けせんぬま たろう		生 年 月 日	大正・昭和平成
氏 名	気仙沼 太郎		40年 1 月 1 日	
住 所	気仙沼市八日町一丁目1番1号			
連 絡 先 (電話番号)	0226-22-6600		障害者手帳を所持しているか、 または要介護度を記入してください。	
申 請 事 由 (該当する 事由に☑)	<input checked="" type="checkbox"/> 障害者手帳 (所持している ものに☑)	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (3) 級	<input type="checkbox"/> 療育手帳 等級 ()	<input type="checkbox"/> 精神障害者 保健福祉手帳 () 級
	<input type="checkbox"/> 要 介 護	介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (該当する介護度に ○)		
	<input type="checkbox"/> そ の 他	(例 怪我により車の運転ができないため 等) その他は特別な事情 (妊娠や怪我など) がある場合に記入してください。		
	<input type="checkbox"/> 65歳以上の方	令和5年10月22日までに65歳を迎える方		
本人以外の 連 絡 先 (ご家族等の 連絡を取れる方)	氏 名	気仙沼 花子		
	連 絡 先 (電話番号)	XXXX-XXXX-XXXX		