

# 記入例

- ・よどりタクシーをご利用いただく際には、『利用者登録』が必要になります。
- ・この登録用紙を、持参・郵送・FAXのいずれかで『大淀町役場企画財務課』に提出してください。
- ・利用者登録をされた方には、『利用者登録証』を発行します。よどりタクシーに乗車される際に、運転手に提示してください。

## 大淀町デマンド型乗合タクシー よどりタクシー 利用者登録用紙

FAX : 0747-54-2050

- ★中学生以上の方はすべて利用者登録が必要です。
- ★小学生以下の方は大人の登録者の同乗が必要です。

※よどりタクシーを利用するためには、この用紙を役場に提出して事前に利用者登録をする必要があります。

◆ご自宅住所 大淀町 桧垣本〇〇〇番地		◆ご自宅電話番号 0747 - △△ - □□□□		
氏名・フリガナ・生年月日	性別	携帯電話番号	予約時や乗車時に伝えたい事があればお書きください。	所有するものがある場合は○印を付けてください。
フリガナ オオヨド タロウ 氏名 大淀 太郎 生年月日 昭和17年 9月10日	男 女	090-XXXX-XXXX	車椅子に乗っています。 介助者が同乗しません。	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳
フリガナ オオヨド ハナコ 氏名 大淀 花子 生年月日 昭和20年 5月20日	男 女	090-XXXX-XXXX		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳
フリガナ オオヨド イチロウ 氏名 大淀 一郎 生年月日 昭和45年 8月 3日	男 女	090-XXXX-XXXX		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳
フリガナ オオヨド カオリ 氏名 大淀 かおり 生年月日 昭和49年 1月30日	男 女	090-XXXX-XXXX		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳
フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日	男 女		ご家族分を記入できます。 (中学生以上の方はすべて登録が必要となります。)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳

エリア	西エリア			東エリア		
(該当する場所に○を付けて下さい) 自宅付近の乗降場所	西1 大岩パークゴルフ場前	西10 今木大井手	西19 福神駅下	東1 つばき公園前	東10 増原	
	西2 鉾立コミュニティセンター前	西11 今木上垣内	西20 高見台コミュニティセンター前	東2 中越部	東11 陽原(共同墓地前)	
	西3 持尾	西12 岩壺	西21 平畑運動公園前			
	西4 芦原	西13 岩壺老人憩の家前	西22 西町6丁目			
	西5 持尾口	西14 矢走西	西23 佐名伝市場前			
	西6 畑屋	西15 矢走	西24 佐名伝公民館前			
	西7 今木下垣内	西16 であほうむ吉野前	西25 薬水	東7 上比曾	東16 野尻	
	西8 今木中垣内	西17 薬水出合	西26 大阿太グリーンパーク	東8 旭ヶ丘総合センター	東17 西増	
	西9 今木駐在所前	西18 薬水八幡神社前	西27 金吾町	東9 西増上		

自宅付近の乗降場所(普段利用することの多い乗降場所)に○印をつけてください。  
※○印をつけたところ以外でも利用はできます。

※この登録情報は、大淀町デマンド型乗合タクシー(よどりタクシー)に関する利用以外に使用しません。