

## 第1号様式（第8条関係）

年 月 日

海老名市長 殿

## 海老名市デマンド型交通高齢者等外出支援事業実証実験運行利用登録申込書

海老名市デマンド型交通高齢者等外出支援事業実証実験運行実施要綱  
第8条第1項の規定により、次のとおり申し込みます。

申込者 (利用希望者)	住 所	〒一 海老名市		
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日 (西暦)	年 月 日 (満 歳)	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 回答しない
	電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 ( ) <input type="checkbox"/> 携帯 ( )		
※外出先でも連絡が取れるよう、携帯の記入を推奨します。				
乗降希望場所	<input type="checkbox"/> ①戸建て (自宅前を希望) <input type="checkbox"/> ②集合住宅 (希望場所なし) <input type="checkbox"/> ③戸建て (自宅前以外を希望) <input type="checkbox"/> ④集合住宅 (希望場所あり)		【③又は④の場合 希望場所の地図】	
	※規制等によりご希望に 添えない場合があります			

私は、下記の記載事項を確認のうえ、申し込みます。

- 自宅に自家用車がない、又は自家用車はあるがそれを移送手段として使えない。  
 自力で運行車両に乗り降りができる。  
 海老名市デマンド型交通高齢者等外出支援事業実証実験運行利用規約及び  
利用注意事項の内容を確認し、同意します。

署 名

## 市確認・記入欄

高齢者	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 (経歴証明書含む) <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	<input type="checkbox"/> 要介護 ( ) <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業利用者 <input type="checkbox"/> 市が定めるチェックリスト該当者		
障がい者	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 特定医療費 (指定難病) 受給者証 <input type="checkbox"/> 精神障害者保険福祉手帳 (有効期限: 年 月 日)		
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 (経歴証明書含む) <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
妊婦・ 未就学児 連れの親	<input type="checkbox"/> 出産予定日・出生日 ( 年 月 日) ※母子健康手帳により確認		
	<input type="checkbox"/> チェック及び署名確認済み		
記載事項 確認			
判定	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 判定不要		
処理欄	現地調査	<input type="checkbox"/> 濟み	
	利用登録証交付日	年 月 日	
	登録No.	No.	発送