別記様式第１号

　　　年　　月　　日

厚真町デマンド交通利用者証交付申請書

厚真町長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　厚真町デマンド交通利用者証の交付を受けたいので申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 住　　所 |  | | | |
|  |  | | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 年　　月　　日（満　　歳） | | | |
| 連絡先電話番号 | |  | | |
| 区　分 | □　中学生以下  □　満６５歳以上  □　身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳又は療育手帳所持者  □　上記以外  　※該当する項目にチェックを付けてください。 | | | | |