

様式第 1 号（第 5 条関係）

令和 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 厚真町
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	厚真町		
	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日 (西暦)	年 月 日 (満 歳)		
	連絡先電話番号			
区 分	☐ 中学生以下 ☐ 満 6 5 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。			
WE B 予約	希望する ・ 希望しない			

※障害者手帳所持者は、手帳番号が記載されたページのコピーを提出してください。

処理欄（※担当者記入欄）					
役 場					あつまバス
登録番号		台帳登録	月 日	処理担当者	受付 月 日
ID		SAVS システム登録	月 日		
パスワード		あつまバス FAX	月 日		
緯度・経度	42.	141.			