

送迎タクシー利用申請書（FAX用）

1 利用者氏名	(フリガナ)			
2 利用者生年月日	西暦 (和暦) 年 (年) 月 日			
3 利用者住所	藤沢市			
4 利用者電話番号	(固定電話)			
	(携帯)			
5 送迎希望日時 (ご自宅を出発する日時)	藤沢市長選挙 期日前投票 期間：2月12日(月)～2月17日(土)			
	第1希望	月 日() 時 分発	第2希望	月 日() 時 分発
6 該当要件 ※該当する内容に☑をしてください。	当てはまる要件1つを選択	<input type="checkbox"/>	要介護3または4の認定を受けている ＜介護保険被保険者証＞ 被保険者番号： 有効期間： 年 月 日まで	左の理由により、自宅から投票所までの移動が困難である
		<input type="checkbox"/>	身体障がい者手帳の交付を受けている ＜身体障がい者手帳＞ 手帳交付自治体： 手帳番号：	
		<input type="checkbox"/>	75歳以上である	
	てはまる方が対象	<input type="checkbox"/>	郵便等投票証明書の交付を受けていない	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		家族による送迎等、他の移動手段を持っていない		
7 介助者有無 ※いずれかに☑をしてください。	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無	
8 介助者氏名 ※介助者有の場合はご記入ください。	(フリガナ)			
9 介助者連絡先 ※介助者有の場合はご記入ください。				
10 車いす利用有無 ※介助者有の場合はご記入ください。	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無	
11 希望車種	<input type="checkbox"/> 有 ※トールワゴン型（ジャパンタクシー）をご希望の場合のみ☑をしてください。			

※ 申請書はファックスで、藤沢市選挙管理委員会事務局に提出してください。

※ ご提出いただいた申請書に記載の個人情報本事業の目的の範囲内でタクシー会社に提供しますので、あらかじめご了承ください。

＜藤沢市選挙管理委員会＞ FAX：0466-50-8425

TEL：0466-50-3564（直通）

送迎タクシー利用申請書 (FAX用)

記入例

1 利用者氏名	(フリガナ) センカン ヒョウタ			
	選管 ひょう太			
2 利用者生年月日	西暦 (和暦) 1945年 (昭和20年) 4月20日			
3 利用者住所	藤沢市 朝日町1番地の1			
4 利用者電話番号	(固定電話) XXXX-YY-ZZZZ			
	(携帯) AAA-BBB-CCCC			
5 送迎希望日時 (ご自宅を出発する日時)	藤沢市長選挙 期日前投票 期間: 2月12日(月)~2月17日(土)			
	第1希望	2月14日(水) 10時00分発	第2希望	2月15日(木) 14時00分発
6 該当要件 ※該当する内容に☑をしてください。	当てはまる要件1つを選択	<input checked="" type="checkbox"/>	要介護3または4の認定を受けている <介護保険被保険者証> 被保険者番号: 0001234567 有効期間: R8年12月31日まで	左の理由により、自宅から投票所までの移動が困難である
		<input checked="" type="checkbox"/>	身体障がい者手帳の交付を受けている <身体障がい者手帳> 手帳交付自治体: 神奈川県 手帳番号: 第123456号	
		<input checked="" type="checkbox"/>	75歳以上である	
	すべての要件に当てはまる方が対象	<input checked="" type="checkbox"/>	郵便等投票証明書の交付を受けていない	
		<input checked="" type="checkbox"/>	自宅から送迎車両まで及び送迎車両から期日前投票所まで自力での移動が可能である、または自力での移動は困難だが、移動を介助する付添人を同伴できる	
		<input checked="" type="checkbox"/>	家族による送迎等、他の移動手段を持っていない	
7 介助者有無 ※いずれかに☑をしてください。	<input checked="" type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無	
8 介助者氏名 ※介助者有の場合はご記入ください。	(フリガナ) センカン タロウ			
	選管 太郎			
9 介助者連絡先 ※介助者有の場合はご記入ください。	XXXX-YY-ZZZZ			
10 車いす利用有無 ※介助者有の場合はご記入ください。	<input checked="" type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無	
11 希望車種	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ※トールワゴン型 (ジャパンタクシー) をご希望の場合のみ☑をしてください。			

2月12日(月)から17日(土)までの期間のうち、午前8時30分から午後5時までの時間で利用を希望される日時を記入してください。

当てはまるものいずれか1つを選択してください。
要介護3または4の方は保険証、身体障がい者手帳の交付を受けている方は手帳の情報を記入してください。
※記入例のため、すべて記入選択しています。