

五所川原市出産サポートタクシー利用登録申請書

令和 年 月 日

五所川原市長 様

出産サポートタクシーの利用について、下記のとおり登録を申請します。

また、登録に係る事務を行うにあたり住民基本台帳を閲覧すること、五所川原市タクシー協会及び利用するタクシー会社へ登録・サービスの実施に関する個人情報を提供することに同意します。

本人氏名	ふりがな	電話番号(自宅)	— —
		電話番号(携帯)	— —
住所	五所川原市		
緊急連絡先 (本人以外)	ふりがな	必ず連絡が とれる電話番号	— —
出産予定 病院名		病院の電話番号	— —
病院の住所			
出産予定日	令和 年 月 日	母子健康 手帳番号	
※出産時に市内の実家へ里帰りを予定されている場合は里帰り先の住所をご記入ください。			
住所:	() 様方		
電話番号:	— —		

※代理人の方が申請手続きをする場合は、下記をご記入ください。

代理人 氏名	ふりがな	続柄	
		電話番号	— —
住所			

【登録タクシー会社】

事業者名	登録希望の有無 (希望欄に○)
五所川原交通	
尾崎タクシー	
成田観光タクシー	
木村タクシー	
能率タクシー	

【申請時に持参していただくもの】

母子健康手帳

【備考】