

中之条町医療機関等外出タクシー利用登録申請書

月 日

中之条町長 様

中之条町医療機関等外出タクシーを利用したいので、以下のとおり、利用者登録をします。

住 所	中之条町大字		
申請者氏名	,	生年月日	年 月 日
電話番号		年 齡	歳
申請理由	該当する番号に○を付けてください。 (1) 自動車運転免許証を有しない65歳以上の者 (2) 自動車運転免許証を有しない者で、身体障害者手帳の種別が1種（JR旅客運賃割引制度）の者及び視覚障害又は下肢障がいのある者及び療育手帳又は精神保健福祉手帳保持者 (3) 自動車運転免許証を返納した者 (4) その他		
備 考			

※事故の免責

町長は、事業に関し町及び関係従事者の責めに帰さない不測の事故が生じた場合若しくは利用者が原因となって起きた身体上その他の事故については、その責めを負わない。