

習志野市福祉タクシー協力機関 協定申出書

年 月 日

習志野市長 宛て

(事業者)

所在地 〒

名称

代表者職・氏名

印

電話番号

習志野市福祉タクシー事業要綱及び習志野市高齢者外出支援事業要綱の目的と定義に同意し、次のとおり習志野市福祉タクシー協力機関として協定を結ぶことを申し出ます。

【添付書類】

- 協定書 2部
- 習志野市口座振替払(債権者登録)申出書
- 関東運輸局長発行の許可書(写し)
- 関東運輸局長発行の認可書(写し)
- 定款(写し) ※個人タクシーの場合は省略可
- 約款(写し)

習志野市福祉タクシー協力機関一覧へ掲載する内容を下記へ記入してください。

(一覧は市ホームページへ掲載し、助成対象者へ配布します)

福祉タクシー協力機関(一覧掲載項目)	フリガナ				
	名称				
	所在地	(〒 —)			
	連絡先 (お客様の問い合わせ先)	電話 番号		FAX 番号	
	配車サービス	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	配車依頼方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> その他()			
	お客様の 問い合わせ可能時間				
	ホームページ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	機能・装備情報	ストレッチャー対応車両	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	車いす対応車両	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		
	回転いす対応車両	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		