

様式第 1 号(第 5 条関係)

移動支援登録（新規・変更）申請書

四日市市選挙管理委員会

申請日	年 月 日
-----	-------

私は、次のとおり投票所への移動支援対象者名簿への登録（☐ 新規・☐ 変更）を申請します。

選挙名	年 月 日 執行			選挙
ふりがな		生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成	
氏 名			年 月 日	
住 所	四日市市			
タクシーの 配車場所	※住所と異なる場合は記入してください（市外は移動支援の対象外です。）。 四日市市			
電話番号	— —			
障害者手帳の種 類、介護保険被保 険者証の状況等 （該当箇所に○を つけてください）	要介護状態区分等	要介護 5 ・ 要介護 4 ・ 要介護 3 ・ 要介護 2 ・ 要介護 1		
	身体障害者手帳	1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 障害の種類〔 〕		
	療育手帳	A 1 （最重度） ・ A 2 （重度）		
	精神障害者保健福祉手帳	1 級		
登録要件の 確認	該当する項目の確認欄の□に「✓」を記入してください。（登録を受けるためには、次の要件をすべて満たす必要があります。）			確認欄
	現に四日市市内に居住している。			<input type="checkbox"/>
	自宅等から投票所まで、自力で（歩行、自転車、自家用車等）移動することが困難である。			<input type="checkbox"/>
	自宅等から投票所までの移動手段又は移動の補助手段（家族等の送迎）がない。			<input type="checkbox"/>
	自らタクシーまでの移動が困難な場合は、自宅等及び投票所でタクシーまでの移動及び乗降を介助する者を同伴できる。			<input type="checkbox"/>
	どの候補者に投票するか意思表示ができる。			<input type="checkbox"/>
	この申請書に記載する個人情報移動支援事業者に提供することに同意する。			<input type="checkbox"/>
乗車時の 車椅子の使用	<input type="checkbox"/> あり（自分の車椅子に乗ったまま乗車する） <input type="checkbox"/> なし			
本人以外の 連絡先等	氏 名		本人との関係	
	連絡先	— —		
	移動時の付添	あり ・ なし		

※該当する障害者手帳のコピー又は、介護保険被保険者証のコピーを添付してください。