

[별지 제1호 서식] (제14조제1항 관련)

[앞면]

|      |  |  |  |    |    |
|------|--|--|--|----|----|
|      |  |  |  | 담당 | 팀장 |
| 접수번호 |  |  |  |    |    |

## 특별교통수단 이용자 심사신청서

※ 선택사항에 √ 표 하세요

|       |                                                           |                                                                                                               |            |                                                                                          |  |
|-------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 신 청 인 | 성 명                                                       |                                                                                                               | 생년월일       | (남/여, 세)                                                                                 |  |
|       | 주 소                                                       |                                                                                                               |            | 관계                                                                                       |  |
|       | 전화번호                                                      |                                                                                                               | 휴대폰<br>번 호 |                                                                                          |  |
| 이 용 자 | 성 명                                                       |                                                                                                               | 생년월일       | (남/여, 세)                                                                                 |  |
|       | 주 소                                                       |                                                                                                               |            |                                                                                          |  |
|       | 전화번호                                                      |                                                                                                               | 휴대폰<br>번 호 |                                                                                          |  |
| 신청내용  | 아이디                                                       |                                                                                                               |            |                                                                                          |  |
|       | 홈페이지이용<br><br>요청사항                                        |                                                                                                               |            |                                                                                          |  |
| 구분    | 교통약자<br>유 형<br>( <input checked="" type="checkbox"/> 선택 ) | <input type="checkbox"/> 장애 ( <input type="checkbox"/> 중증 <input type="checkbox"/> 경증 )<br>장애유형(            ) |            | <input type="checkbox"/> 노약자                                                             |  |
|       |                                                           | <input type="checkbox"/> 임신부(출산예정일:                          )                                                |            | <input type="checkbox"/> 기 타(                                          )                 |  |
|       | 휠체어                                                       | 전동 <input type="checkbox"/> 수동 <input type="checkbox"/> 미이용 <input type="checkbox"/>                          | 의사소통       | 가 능 <input type="checkbox"/> 불가능 <input type="checkbox"/>                                |  |
|       | 보조인                                                       | 있음 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/>                                                       | 도움여부       | 무도움 <input type="checkbox"/> 부분도움 <input type="checkbox"/> 완전도움 <input type="checkbox"/> |  |

※ 완전도움의 경우 보호자 또는 보조인이 반드시 동승하여야 합니다.

위와 같이 특별교통수단 이용자 심사를 신청합니다.

년                        월                        일

신청인 본 인
(서명 또는 인)

대리인
(서명 또는 인)

세종도시교통공사 사장 귀하

[비고] 신청서 작성 및 구비서류에 대해서는 뒷면을 참조해 주십시오

210mm×297mm

