

和光市公共交通不便地域タクシー利用料金助成事業 実施前アンケート

この事業は日常的な移動に困難を有する方の外出支援を目的とした実証事業です。事業の効果検証のため、事業実施前アンケートにご協力ください。なお、事業実施後についてもアンケートの実施を予定しておりますので、予めご了承ください。

また、本事業は、和光市福祉タクシー利用券制度との重複申請はできません。既に、助成を受けている方、または今後申請予定の方も対象外ですので、ご注意ください。

※なお、和光市福祉タクシー利用券制度の対象者は下記のとおりです。

必要に応じて、当室から所管課へ確認する場合があります。

- ・在宅の身体障害者手帳1・2級の人
- ・在宅の視覚障害1～6級の人
- ・在宅の精神障害者保健福祉手帳1・2級の人
- ・在宅の下肢・体幹機能障害3級の人
- ・在宅の療育手帳マルA・A・Bの人

1. 現在、和光市福祉タクシー利用券の交付を受けているか教えてください。(1つ選択)

- 受けている 受けていない

2. 利用期間内において、和光市福祉タクシー利用券制度を利用する予定があるか教えてください。(1つ選択)

- 利用予定がある 利用予定がない

3. 普段の交通手段を教えてください。(最も多いものを1つ選択)

- 徒歩・自転車 公共交通機関(電車・バス等)
 家族送迎・タクシー(自分で運転しない)

4. タクシーチケットを利用することで、市内循環バスの利用頻度の変化を検証します。現状の市内循環バスの利用頻度を教えてください。(1つ選択)

- 週に3回以上 週に1-2回
 月に1-2回 ほとんど利用しない(年に数回以下/利用したことがない)

5. タクシーチケットの利用により、地域活動への参加回数の変化を検証します。

現状の地域活動への参加回数を教えてください。(1つ選択)

- 週1-2回以上 月1-3回程度 参加していない

6. タクシーチケットの利用により、外出の目的地に変化が生じるか検証します。

現状のよく行く施設/行きたい施設を教えてください。(最も当てはまるもの1つ選択)

- 買い物(スーパー、商業施設) 医療・福祉(病院、薬局、福祉施設)
 公共施設(市役所、公民館、地域センターなど) その他(駅、趣味・習い事等)

7. 移動に関する困りごと（自由記述）

（例）移動手段が少ない、バスの便数が少ない、バス停までの距離が遠い等

回答者名：_____

住 所：_____

電話番号：_____

Eメール：_____

アンケートへのご協力ありがとうございました。
事業終了後アンケートにつきましても、御協力をお願いいたします。