

福祉車両利用申請書

年 月 日

社会福祉法 人 かすみがうら市社会福祉協議会
 会 長 宮 嶋 謙 様

【申請者】

住 所
 氏 名(団 体 名)
 (代 表 者) 印
 (団体の場合、担当者：)
 連絡先(電話番号)
 (携帯電話)

利用日時	年 月 日 時 分から 年 月 日 時 分まで	
利用目的 内 容	福祉車両貸出実施要綱 第4条の(1)(2)(3)の該当(該当部分を○で囲む。) (1) 医療機関への通院・入退院、保健・福祉施設への通所・入退所、公的施設・公共的施設の利用を行う場合 (2) 福祉向上のための各種事業、研修会、スポーツ大会、外出等を行う場合 (3) その他、会長が特に必要と認めた場合	
行き先 (コース)		
車いすで 乗車する方	氏 名 _____ ※どちらかに○を記入下さい。 障害者手帳等 □あり □なし 車いすの利用 □自分のものを使用 □社協のものを使用	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる(以下記入) 住 所 _____ 電 話 (— —)
乗車人数	名(裏面の乗車人員名簿に記入すること)	
利 用 責 任 者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる場合(以下記入) 氏名 _____ 電話 (— —) 住所 _____ 携帯 (— —)	
緊 急 連 絡 先	緊急時に連絡の取れる方の連絡先を記入してください。(同乗しない方) 氏名 _____ 連絡先 (— —)	
添付書類	・乗車人員名簿、運転免許証(写し)を添付してください。 ・障害者手帳等がある方は、写しを一部添付してください。	

※申請は利用日の10日前までに提出してください。

事務局 使用欄	会員加入状況確認	確認者印	配車番号
	※初回及び毎年10/1 会員氏名 _____		—
	(行政区：) (納入日： /)	確認日 (/)	

乗車人員名簿

※住所、電話番号について、同一の場合は「〃」で可

NO	フリガナ 氏名	住所	生年月日	年齢	性別	連絡先 (電話番号)
1	利用責任者					
2	車椅子で乗車する者					
3						
4						
5						

添付書類貼付け欄 ※運転免許証(写し)、障害者手帳等がある方は手帳の写しを添付

※免許証の貼付けは運転する方全員分で、初回と更新後は必ず貼付け。

事務局使用欄

①	氏名	
	免許証番号	— —
	有効期限	

②	氏名	
	免許証番号	— —
	有効期限	

③	氏名	
	免許証番号	— —
	有効期限	

④	氏名	
	免許証番号	— —
	有効期限	

職員確認印

--