

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 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	☐ 申請者と同じ ☐ 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	☐ 申請者と同じ ☐ 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 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						
2						
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