（様式第１号）

令和　　年　　月　　日

車いす対応型福祉車両利用登録申請書

社会福祉法人

　南越前町社会福祉協議会長　様

申請者　　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

次のとおり車いす対応型福祉車両を利用したいので、登録を申請いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 会　長 | 事務局長 | 事務局次長 | 職　　員 |
|  |  |  |  |
| 利用者 | 氏名 |  | 生年月日 | T.S.H　 年　 月　 日（　歳） |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 身体状況 | ・要介護高齢者（要介護　　　）　　　　・身障手帳（　　種　　級）・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 運転者１ | 氏名 |  | 生年月日 | T.S.H　 年　 月　 日（　歳） |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 免許証番号 |  | 利用者との続柄 |  |
| 運転者２ | 氏名 |  | 生年月日 | T.S.H　 年　 月　 日（　歳） |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 免許証番号 |  | 利用者との続柄 |  |
| 利用目的 | ・病院への通院、入院、退院　　　　・福祉施設への送迎等・福祉サービスの利用　　　　　　　・冠婚葬祭・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ※　運転者の運転免許証コピーを添付してください。 | 登録番号 |  |