

## 福祉有償運送サービス利用会員(登録・変更)申請書

社会福祉法人 浦幌町社会福祉協議会会長 様

申請日 令和 年 月 日

申請者	氏名	
	連絡先(住所等)	電話( ) -

社会福祉法人 浦幌町社会福祉協議会福祉有償運送サービス事業実施要綱第6条の規定により下記のとおり利用会員の（登録・変更）を申請します。

記

ふりがな 利用者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日(満 歳)	
利用者住所	〒 浦幌町字		
電話番号	( ) -		
身体状況	<input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 要介護認定 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 要支援認定 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2                      (担当ケアマネ: ) <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト該当 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
本サービスを希望する理由 (公共交通機関を利用できない理由)	.....		
必要な器具	<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 踏み台 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
緊急連絡先	ふりがな氏名:	住所:	
	電話番号:	関係:	
本人以外の利用料請求先	ふりがな氏名		
	住所	〒	
	電話番号	( ) -	
変更発生日(変更時のみ)	令和 年 月 日		

※登録申請の場合太枠内の事項は必ず記入してください。変更申請の場合は変更する部分を記入してください。

※身体障害・知的障害・精神障害・要支援・基本的チェックリスト該当者・その他の障害に該当する人はその内容を確認できる書類を添付してください。

※ご記入いただいた個人情報に関しては、福祉有償運送サービス事業にのみ使用し、無断で第三者への提供は致しません。

福祉有償運送 利用登録番号	浦社福有運 第 号	会長	局長	業務係長	係	合議
	登録年月日	令和 年 月 日				