

# ふれあい号（車イス移動車）利用申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人 太子町社会福祉協議会会長 様

以下のとおり、ふれあい号（車イス移動車）の利用を申請致します。

利用者	住 所	南河内郡太子町					
	氏 名	連絡先 — —					
	生年月日	M. T. S. H	年	月	日	( )才	
	状 態	・身体障害者手帳 ( )種( )級 ・要介護認定 要(介護・支援)( ) ・そ の 他 ( )					
	現住所確認	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 保険証等 <input type="checkbox"/> その他( )					
運転者①	住 所						
	氏 名	連絡先 — —					
	生年月日	T. S. H	年	月	日	( )才	
	続 柄	(利用者との続柄)	運転免許証写し		<input type="checkbox"/>		
運転者②	住 所						
	氏 名	連絡先 — —					
	生年月日	T. S. H	年	月	日	( )才	
	続 柄	(利用者との続柄)	運転免許証写し		<input type="checkbox"/>		
利 用 期 間	令和 年 月 日 時 分から 令和 年 月 日 時 分まで						
目的地（行き先）	記入例) 〇〇市△△病院						
利 用 目 的	記入例) △△病院受診の為						

⇒社協記入欄《以下は記入しないでください》

受付日 令和 年 月 日

◇上記の方へ“ふれあい号”を貸出決定してよろしいか（チェックシート（別紙1）確認）

局 長	室 長	係 員	受付者