

(様式第1号)

## 移送サービス利用登録申請書

年 月 日

社会福祉法人 貝塚市社会福祉協議会会長様

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

利用者との間柄 \_\_\_\_\_

移送サービスの登録を希望しますので以下のとおり申請します。

登録番号 No. \_\_\_\_\_

ふりがな		男 ・ 女	大正・昭和・平成
利用者氏名			年 月 日 ( 歳)
利用者住所	〒 _____ 貝塚市	電話	( _____ ) _____ _____
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業対象者		
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 ( 級 種) <input type="checkbox"/> 無	療育手帳	<input type="checkbox"/> 有 (等級 _____) <input type="checkbox"/> 無
車いす利用状況	<input type="checkbox"/> 使用 ( <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 外出時のみ使用) <input type="checkbox"/> 未使用		
身体の状態	※疾病名、歩行困難状況など詳しく		
備考			

利用に伴う利用登録申請書並びに利用申請書の個人情報について、運転協力者に限り提供することについて同意します。

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

※以下は記入不要です。

上記申請に対し、登録を 許可 ・ 却下 してよろしいかお伺いします。

年 月 日

決裁	会 長	常務理事	事務局長	主 幹	事務主任	係 員