

福祉有償運送利用会員登録申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人 広尾町社会福祉協議会 殿

申請者 住所 広尾町
氏名 印
利用者との関係
連絡先

次のとおり、広尾町社会福祉協議会が実施する福祉有償運送の会員に登録したいので申請します。

フリガナ 利用者氏名		生年 月日	明・大・昭・平・令			男 女
			年 月 日			
住 所			電話 番号			
身体状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第4条に規定する身体障害者 種 級 <input type="checkbox"/> 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第5条に規定する精神障害者 級 <input type="checkbox"/> 障害者の雇用の促進等に関する法律第2条第4号に規定する知的障害者 <input type="checkbox"/> 介護保険法第19条第1項に規定する要介護認定を受けている者 要介護 <input type="checkbox"/> 介護保険法第19条第2項に規定する要支援認定を受けている者 要支援 <input type="checkbox"/> 介護保険法施行規則第140条の62の4第2号の厚生労働大臣が定める基準に該当する者（基本チェックリスト該当者） <input type="checkbox"/> その他肢体不自由、内部障害、知的障害、精神障害その他の障害を有する者 ※介護保険証、各種障害手帳をご提示して下さい。					
家族状況	同居者の有無 有（ ） ・ 無 緊急連絡先：					
要望						
利用目的	通院（ ） ・ 買い物 ・ その他（ ）					