

社会福祉法人
高石市社会福祉協議会 会長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

印

下記の者について、福祉有償運送事業の利用者登録を申請します。

記

| 区 分 | | 高 齢 者 ・ 障 害 者 ・ そ の 他 () | | | | | |
|-------------------------|-----------------|---------------------------|---------|-----|------|-------------|---|
| 利用者 | ふりがな | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | |
| | 氏 名 | | 申請者との関係 | | | 年齢 | 歳 |
| | 住 所 | | | | 電話番号 | | |
| 身体 の 状 況 | 介護認定の有無 | 有 () ・ 無 | | | | | |
| | 障害の有無 | 有 (種 級 障害名) ・ 無 | | | | | |
| | 疾病の有無 | 有 () ・ 無 | | | | | |
| | 現在の状態 (具体的に) | | | | | | |
| 主治 医 | 主治医の氏名 | | | | | | |
| | 医療機関名 | | | | 電話番号 | | |
| | 所在地 | | | | | | |
| 同行 介護 者 | 氏 名 | | | | 続 柄 | | |
| | 住 所 | | | | 電話番号 | | |
| 緊急 連絡 先 | 氏 名 | | | | 続 柄 | | |
| | 住 所 | | | | 電話番号 | | |
| 利用の 主な理由 | | | | | | | |
| 移送希望先 (市町名・ 目的地名) | | | | | | | |

※ 身体障害者手帳又は介護保険証等の提示をお願いします。