呈覧	会　長	副会長	事務局長	合　　議	係

様式第１号

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人田子町社会福祉協議会
会　長　　簗　田　尚　久　殿

住　所

申請者　氏　名

（電　話　　　－　　　　）

福祉有償運送事業利用者登録申請書

福祉有償運送事業利用者として登録したいので、次のとおり申請します。

記

○利用者台帳

１．利用者の情報

利用者氏名		性　別	男　・　女
生年月日		電話番号	－
住　　所		行政区	

２．身体状況（利用者に該当するすべてに☑印を記入する。）

身体障害者	要介護認定者	要支援認定者	その他の障害		
			知的障害	精神障害	その他
□１級 □２級 □３級 □４級 □５級 □６級	□要介護１ □要介護２ □要介護３ □要介護４ □要介護５	□要支援１ □要支援２	□軽度 □中度 □重度	□診断書 □１級 □２級 □３級	□肢体不自由 □内部障害 □その他
		担当ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ：事業所名 氏名			

※身体障害者手帳、介護保険証、療育手帳等の該当するすべての写しを添付すること。

３．緊急連絡先

氏　　名	続柄	連絡先	電話番号	備考(※１)
		携帯・自宅・勤務先		

備考（※１）…緊急連絡先が勤務先の場合は、備考欄に勤務先の名称も記入してください。