

リフト付自動車利用申請書

年 月 日

社会福祉法人寄居町社会福祉協議会長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_ 番地

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

利用者との続柄 \_\_\_\_\_

社会福祉法人寄居町社会福祉協議会リフト付自動車運行要綱第10条の規定により、下記のとおり利用申請します。

記

利用者	氏 名		生年月日	年 月 日	男・女
	住 所		電話番号	—	
	障がい の程度	身体障害者手帳 _____ 号 _____ 級 介護保険者証 _____ 番号 _____ 要介護			
	乗降時の車椅子 等の使用状況	1. 車椅子持参      2. ストレッチャー利用 3. 車椅子借用      4. その他 ( )			
付添者	氏 名	(利用者との続柄 _____)			
利用月日	年 月 日 ( )				
利用目的	1. 通院      2. 入退院      3. 公共機関への出向 4. 施設等の入退所      5. その他 ( )				
行き先 及び 使用料	名 称 住 所				町 内 ・ 町 外 運行距離 _____ km
	受 診 科	科 科			使用料(1kmあたり25円) _____ 円
利用時間 及び 利用料	開始時間	午前・午後	時 分	利用時間 _____ H	
	終了時間	午前・午後	時 分	利用料(1時間500円) _____ 円	
出発地/時間	/			使用車	

\* \_\_\_\_\_ 内は、寄居町社会福祉協議会で記入しますので、申請時には何も記入しないでください。

誓約事項：リフト付自動車の利用について、万一事故が発生した場合、申請者が一切の責任を負い、関係者に対して異議を申し立てないことを誓約します。

年 月 日 利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印