

## 福祉車両利用申請書

年 月 日

社会福祉法人土浦市社会福祉協議会会長様

【申請者】

住 所

氏 名

連絡先（電話番号）

（携帯電話）

利用日時	年 月 日	時 分から	
	年 月 日	時 分まで	
利用目的 内 容	福祉車両貸出実施要綱 第 4 条の (1) (2) (3) の該当（該当部分を○で囲む。）		
	(1) 医療機関への通院・入退院、保健・福祉施設の利用等		
	(2) 旅行・買物等のレクリエーション活動		
	(3) その他会長が特に必要と認めた場合		
行き先 (コース)			
車いすで 乗車する方	氏 名 _____	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる（以下記入）	
	※どちらかに○を記入下さい。 介護保険被保険者証等 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 車いすの利用 <input type="checkbox"/> 自分のものを使用 <input type="checkbox"/> 社協のものを使用	住 所 _____	電 話 (      -      -      )
乗車人数	名（裏面の乗車人員名簿に記入すること）		
利 用 責 任 者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる（以下記入）		
	氏名 _____	電話 (      -      -      )	
	住所 _____	携帯 (      -      -      )	
緊 急 連 絡 先	緊急時に連絡の取れる方の連絡先を記入してください。（同乗しない方）		
	氏名 _____	連絡先 (      -      -      )	
添付書類	・乗車人員名簿、 <b>運転免許証（写し）</b> を添付してください。 ・ <b>介護保険被保険者証等がある方は、写しを一部添付</b> してください。		

※申請は利用日の10日前までに提出してください。

事務局長	次 長	係 長	主 査	主 任	局 員	係 員

乗車人員名簿

※住所・電話番号について、同一の場合は「//」で可

No.	フリガナ 氏名	住所	生年月日	年齢	性別	連絡先 (電話番号)
1						
2						
3						
4						
5						

添付書類貼付け欄 ※運転免許証（写し）、介護保険被保険者証又は障害者手帳（写し）を添付

※免許書の貼付けは運転する方全員分で、初回と更新後は必ず貼付け。

事務局使用欄

①

氏名	
免許証番号	— —
有効期限	

③

氏名	
免許証番号	— —
有効期限	

②

氏名	
免許証番号	— —
有効期限	

④

氏名	
免許証番号	— —
有効期限	

職員確認印
-------