

様式第1号（第5条関係）

車輛利用申請書

年 月 日

社会福祉法人函南町社会福祉協議会
会長 高橋 敏行 様

申請者（利用責任者）氏名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

【社協使用欄】申請区分 一般 ・ 事業所

以下のとおり、身体障害者移送車両の利用を申請致します。

車椅子等 利用者	氏名		電話 番号	
	住 所	函南町		
運 転 者	運 転 ボ ラ ン テ ィ ア 希 望 (○印)	有	介助者 氏名	※運転ボランティアはリフト操作と運転のみです 【社協使用欄】運転ボランティア氏名
		無	氏 名	(運転免許証の写しを添付)
	住 所 (電話番号)		(TEL _____)	
	利用日時	年 月 日 () 午前・午後 時 分から 年 月 日 () 午前・午後 時 分まで		
目的地到着日時 (病院等予約時間)	年 月 日 () 午前・午後 時 分			
主な行き先	(片道・往復)			
利用目的		使用 器具	車椅子（個人・社協）	
ケアマネ・ ヘルパー等事業所 記入欄	施設名	備考（特記事項等）		
※申請者（利用責任者）欄は担当者名、住所と電話番号は事業所所在地、番号をご記入ください。				