

回 議					
会長	事務局長	係長	主任	担当	取扱者
事務局長 専決					

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
			運転 ボランティア 氏名	
			【社協確認欄】 <input type="checkbox"/> 電話にて依頼 済 <input type="checkbox"/> 依頼文送付 済 (郵送・FAX)	
	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。				

