

リフト付ワゴン車利用登録申請書兼受付台帳

西原町社会福祉協議会会長 殿

年 月 日

住 所

申請人

電 話

西原町重度身体障害者移動支援事業実地要綱第 7 条の規定を遵守のうえ下記の通り  
リフト付ワゴン車の利用登録申請を致します。

利用者氏名		生年月日	S H 年 月 日	年齢	
住所			電話		
身障者手帳番号	県	第	号	級	種
障害名					
身体の状況 (○をつけて下さい) 1 車椅子で移動可    2 ストレッチャー (ベット) を使用して移動 3 その他 ( )					
家庭状況 1 一人暮らし    2 同居人あり    3 施設入所					
主な介護人の氏名・連絡先( )					
利用者コード			簡易地図		
受付年月日 年 月 日					
備考欄					

決 裁	管理者	事務局長	事業係長	総務係長	事業・総務 主任	主事	係