

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施要綱第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。

フリガナ		生年月日	S 年 月 日	年齢	歳
利用者氏名			H 年 月 日	性別	男・女
住所			電話		
身障者手帳番号	県	第	号	級	種

障害名

身体の状態 (○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	係長	主任	係

