

福祉有償運送サービス事業利用登録申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人養老町社会福祉協議会長 様

(申請者)

住 所 養老町

氏 名

Ⓜ

連絡先

利用者との続柄

下記のとおり福祉有償運送サービス事業の利用登録を申請します。

1. 利用者

住 所	〒 養老町		
ふりがな 氏 名			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (年齢 歳)	性別	男・女
電話番号	/携帯電話		
緊急連絡先	氏 名	利用者との続柄	
	電話番号	/携帯電話	

2. 福祉有償運送サービス事業の利用を必要とする理由（該当する項目に○）

		左記項目の詳細	
①	身体障がい者	身体障害者手帳 種 級	
②	精神障がい者	精神障害者保健福祉手帳 級	
③	知的障がい者	療育手帳 A 1 A 2 B 1 B 2	
④	要介護認定者	要介護	有効期間
⑤	要支援認定者	要支援	年 月 日～ 年 月 日
⑥	その他肢体不自由、内部障がい、知的障がい、精神障がい、その他の障がい等により移動が制約される者（認定されておらず、手帳がない場合）		
<b>【理由】</b> ※上記の⑤または⑥に該当する場合は理由を記入してください。 <input type="checkbox"/> 日常生活において車いすのため公共交通機関の利用ができないため <input type="checkbox"/> 疾患や障がいのために一人での外出が難しいため <input type="checkbox"/> その他（ ）			

※身体障害者手帳、介護保険者証等の写しを添付してください。

3. 移動福祉用具・医療器具・介助者等

該当する項目に○	
手動車いす	
電動車いす	
歩行器	
その他医療器具	
介助者（家族・ヘルパー、その他）	
付添人氏名	
付添人連絡先	

4. 介護保険・障害者総合支援法等の適用

居宅介護支援事業者・相談支援事業所	
電話番号	
介護支援専門員・計画相談支援員等	

