

様式第1号（第5条関係）

福祉移送サービス登録申請書

年 月 日

社会福祉法人飯能市社会福祉協議会

会長 大久保 勝 様

申請者 住 所 飯能市  
 氏 名  
 続 柄  
 電話番号

福祉移送サービスの利用登録について、下記のとおり申請します。

記

利用者	ふりがな			
	氏 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	生年月日	年 月 日		
	住 所	同上の場合、記入不要		
	電話番号	同上の場合、記入不要		
	外出方法	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
	疾病・障害 の状態			
主な 運転者	氏 名	性別	続柄	備 考
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
主な 介助者	氏 名	性別	続柄	備 考
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
目 主 的 利 用	<input type="checkbox"/> 病院への通院、入退院 <input type="checkbox"/> 社会福祉施設への通所、入退所 <input type="checkbox"/> 行事、学習会、研修会、レクリエーション等への参加 <input type="checkbox"/> 官公庁等の公的機関への出向 <input type="checkbox"/> 家族旅行 <input type="checkbox"/> ( )			

※事務局記入欄（以下は記入しないでください。）

登録年月日	年 月 日	添付書類 (コピー)	<input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証
登録番号			<input type="checkbox"/> 手帳 ( <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神) <input type="checkbox"/> その他 ( )

