

可児市社会福祉協議会長 様

(利用責任者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

電 話 (_____) _____

携帯番号 _____

福祉リフトカー利用登録を申請します

(運転予定者・歩行困難者登録)

運転予定者 ※運転免許証 のコピーが 必要	①	<input type="checkbox"/> 利用責任者と同じ		
	②	住所		
		氏名		電話
	③	住所		
氏名			電話	
④	住所			
	氏名		電話	
歩行困難者	<input type="checkbox"/> 利用責任者と同じ			
	住所			
	氏名		電話	
	生年月日	年 月 日	利用責任者との続柄	

(歩行困難者の状況)

身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 所持している (種 級)	<input type="checkbox"/> 所持していない
介護保険手帳	<input type="checkbox"/> 所持している (要支援・要介護)	<input type="checkbox"/> 所持していない
身体の状況	_____ _____	

(事務局記入欄)

登録番号	No
車輻付属貸出し予定品	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> リクライニング車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー