

福祉リフトカー利用登録申請書

年 月 日

可児市社会福祉協議会長 様

(利用責任者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

電 話 _____

次により、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	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	_____
<input type="checkbox"/> 家族等に運転免許証所持者がいないため、運転ボランティアの代行運転を希望します。				
歩行困難者	<input type="checkbox"/> 利用責任者と同じ			
	住所	_____		
	氏名	_____ (男・女)	電話	_____
	生年	_____ 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. _____
車両付属貸出し予定品	<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