

福祉車両 (そよかぜ号) 利用対象者登録書

令和 年 月 日現在

登録番号		初回 利用日	令和 年 月 日		
ふりがな 氏名	男 女	生年 月日	大正 昭和 平成 年 月 日 (歳)		
住所	〒327- 佐野市				
区分	1 身体障がい児者 (障がい名 (手帳 種 級) 2 高齢者等 () 3 その他 ()				
主な利用 目的	1 通院 (病院名) 2 入退院・入退所 (病院・施設名) 3 その他 (内容)				
使用機器	1 車椅子 2 その他 (機器名)				
主たる 運転者	住所 氏名 利用対象者との関係 電話番号				
緊急時 連絡先	住所 氏名 続柄 電話番号				
特記事項	この福祉車両(そよかぜ号)の事を何で知りましたか。 <input type="checkbox"/> 社協だより <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 施設、病院 <input type="checkbox"/> その他()				
処理欄	事務局長	課長・支所長	係長	係	記入職員氏名

※本書は、初回のみ作成してください。

※障害者手帳・介護保険証を提示してください。