

移動援助サービス登録申請書

年 月 日

社会福祉法人

あま市社会福祉協議会長 様

申請者 住 所

氏 名

印

電 話

—

F A X

—

E-mail

下記のとおり、移動援助サービスの登録を申請します。

記

利 用 者	氏 名				性別	男・女
	住 所				生年月日 (年齢)	T・S 年 月 日 (歳)
	電話番号	—	FAX番号	—		
	区 分	☐ 高齢者 ☐ その他 ()			車椅子 の使用	有・無
介 助 者 (添乗者)	氏 名				性別	男・女
	住 所				利 用 者 との続柄	
	電話番号	() —				
緊急 連絡先①	氏 名				性別	男・女
	住 所				利 用 者 との続柄	
	電話番号	() —				
緊急 連絡先②	氏 名				性別	男・女
	住 所				利 用 者 との続柄	
	電話番号	() —				
利用目的	☐ 医療機関への通院 ☐ 買い物 ☐ 官公庁での手続き ☐ その他 () ☐ 金融機関での手続き					
文書の 送付先	☐ 利用者 ☐ 申請者					
社協 記入欄						受付者