

決	会 長	局 長	係	協力確認	年 月 日
裁				決 定 日	年 月 日
				利用支払	年 月 日

## 福祉運送（移送サービス）事業利用申込（受付）簿

令和 年 月 日

社会福祉法人士幌町社会福祉協議会  
会 長 佐 藤 弘 夫 様

申込者 住 所  
氏 名  
(受付者 氏 名 )

このたび士幌町社会福祉協議会が実施する移送サービスの利用申し込みを、次の通りいたします。(受け付けました。)

記

利用会員名		
利用日	年 月 日 ( )	
移送希望先	①自宅 →	② → 自宅
利用時間	出発時刻 :	出発時刻 :
利用内容		
利用車両		

## 移送サービス事業利用決定通知書

上記の申込について、サービスを提供することに決定したことを通知します。

令和 年 月 日

様

社会福祉法人 士幌町社会福祉協議会  
会 長 佐 藤 弘 夫

**約束ごと**

サービス利用日時の変更があった場合は、前日までに連絡のこと  
連絡先 01564-5-2008