

福祉運送（移送サービス）事業利用登録申請書

氏名	ふりがな	生年 月日	M・T・S・H	年齢	才	性別	男・女
住所	〒			電話			
障害名	障害等級	種 級	車椅子	有・無	介助	有・無	
要介護度	要介護 3 要介護 4 要介護 5		認知症	有・無	持病	有・無	
特記事項	付き添い・介助者 *家族（ ） *ヘルパー *その他（ ） *付添なし						
	移動の状況 *手動車椅子 *電動車椅子 *歩行器使用 *杖歩行 *その他						
	車輦乗降 *介助があれば可能 *リフトまたはスロープ使用						
	その他						

添付書類 身体障害者手帳（写） ・療育手帳（写） ・介護保険被保険者証（写）

以上、私は土幌町社会福祉協議会移送サービス事業実施要綱第 3 条により利用登録の申請を致します。

土幌町社会福祉協議会
会長 佐藤 弘夫 様

令和 年 月 日

住 所
申請者
氏 名

印（続柄 ）