

町田市福祉輸送サービス共同配車センター利用登録申請書

社会福祉法人町田市社会福祉協議会  
町田市福祉輸送サービス共同配車センター長 様

申請者

住 所

氏 名

(登録者との関係)

私は 町田市福祉輸送サービス共同配車センターの利用登録を申請します。

名簿 登録者	フリガナ		男・女	生 年 月 日	明・大・昭・平 (西暦 年 月 日)	年 齢	歳	
	氏 名							
	住 所	〒		電話番号	( )			
				FAX	( )			
				メール	@ .jp			
	障がい名			血液型	型	体重		
車いす、補装具等 (使用の場合のみ記入)		<input type="checkbox"/> 手動車いす <input type="checkbox"/> 電動車いす <input type="checkbox"/> 電動スクーター <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> その他						
車に乗り移る時の状況		<input type="checkbox"/> 自力で乗り移ることが出来る <input type="checkbox"/> 自力では乗り移ることが困難						
登録 要件	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 級) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ( 級) <input type="checkbox"/> 愛の手帳(療育手帳) ( 度) <input type="checkbox"/> 総合支援法に基づく障害支援区分 ( ) <input type="checkbox"/> 介護保険法に基づく要介護状態区分 ( ) <input type="checkbox"/> 単独で公共の交通機関の利用が困難と認められる方 ( 医師の診断書・意見書 )							
緊急 連絡先	氏 名		登録者との関係					
	住 所				電話番号	( )		
かかり つけ医	病院名				主治医			
	住 所				電話番号	( )		
付添人	氏 名				電話番号	( )		
	住 所							
備考欄	(注意事項等)							
添付 書類	<input type="checkbox"/> 登録要件を証明する手帳等の写し(コピー)							
	<input type="checkbox"/> 単独で公共交通の利用が困難である医師等の診断書(意見書)等							
	<input type="checkbox"/> やまゆり号利用料の免除書類(生活保護受給証明書、市民税非課税証明書)							
	<input type="checkbox"/> その他( )							

※申請内容に係わる個人情報、目的外に利用されることはありません。