

福祉有償運送サービス会員登録申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人 新庄市社会福祉協議会 殿

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

利用者との関係 _____

連絡先 _____

次のとおり、福祉有償運送サービスの会員に登録したいので申請します。

フリガナ 利用者氏名		男 ・ 女	生年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日
住 所			電話 番号	
身体状況	<input type="checkbox"/> 要介護度 要介護 (1・2・3・4・5) ← 番号を囲んでください <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 種 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 級 <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳 級 <input type="checkbox"/> その他 ()			
家族状況	同居者の有無 有 () ・ 無 続柄を記入してください。			
緊急連絡先	住所 : _____ 氏名 : _____ 電話番号 : _____ 利用者との関係 : _____			
要 望				
利用目的	通院 () ・ その他 ()			

委 任 状	<p>この申請手続きは、上記申請者に委任致します。</p> <p style="text-align: right;">利用者名 _____ (印)</p> <p style="text-align: center;">代筆者 役職名 _____ 氏名 _____</p>
-------	--