

[様式第2号 第8条関係]

会 長	事務局長	課 長	回 議	担当者

福祉自動車利用許可申請書

平成 年 月 日

社会福祉法人吉野川市社会福祉協議会会長 様

申請者 住 所 _____
氏 名 _____ 印
電話番号 _____

※登録No. _____

利用 者	住 所	(_____ 自治会)		
	氏 名	_____	電話番号	-
利用日時	平成 年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分			
行き先	_____			
出発場所	1 自宅 2 その他 (_____)			
利用目的	1 通院 2 入院 3 退院 4 施設 5 自主活動 6 その他 (_____)			
移動機器	1 車いす (本人所有 ・ 社協所有) 2 歩行補助車 3 ステッキ 4 松葉杖 5 使用しない 6 その他 (_____)			
介護人有無	有 ・ 無			
介護人の いる場合 のみ記入	介護人氏名	_____	男・女	利用者との関係
	住 所	_____		電話番号

※印は記入しないでください。