〔様式第２号　第８条関係〕

会　長	事務局長	事務局次長	課　長	回　　議	担当者

福祉自動車利用許可申請書

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

電話番号

※登録№	

利用者	住　所	（　　自治会）		
	氏　名		電話番号	－
利用日時	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。