

福祉自動車利用登録カード

		※登録No.			
社会福祉法人吉野川市社会福祉協議会会長 様		※登録年月日		年 月 日	
氏名		男・女	生年月日	年 月 日生	
住所	〒 - (自治会)			電話番号	
緊急連絡先	氏名			電話番号	
区分	1 身体障害者手帳（1級・2級）（部位： ） 2 療育手帳（A1・A2） 3 精神障害者保健福祉手帳（1級・2級） 4 寝たきり（寝たきりになった時期： 年 月頃） 5 その他（ ）				
主な利用目的	1 通院 2 入院 3 退院 4 施設利用 5 自主活動（グループ活動・ボランティア活動・団体活動等） 6 その他（ ）				
移動用機器	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（ ）				
介護事業所	事業所名	(担当者)		電話番号	
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	〒 - (自治会)		電話番号	
特記事項					