

(様式第1号)(第8条関係)

福祉有償運送事業会員登録申請書

年 月 日

社会福祉法人須坂市社会福祉協議会長 様

社会福祉法人須坂市社会福祉協議会福祉有償運送事業実施要領第2条第1号に規定する、福祉有償運送事業会員の登録を下記のとおり申請します。

記

申請者	フリガナ					
	氏名	印 (男・女)				
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	(歳)
	住所	須坂市	(町)			
	電話番号		世帯主氏名	(続柄)		
障害の程度等	障害の部位 (下肢障害・視覚障害・体幹機能障害) 身体障害者手帳 種 級					
担当プランナー	事業所名	氏名	電話			
要介護状態区分	要支援	1・2	要介護	1・2・3・4・5	日常生活自立度 A・B・C	
担当マネージャー	事業所名	氏名	電話			
緊急時の連絡先	氏名	(続柄) 電話番号				
利用内容	1 在宅福祉サービス提供施設への通所又は入退所 2 医療機関への通院又は入退院 3 その他 ()					
個人情報に関する同意について 福祉有償運送事業の利用にあたり、須坂市が保有する私の住所及び福祉に関する情報を社会福祉法人須坂市社会福祉協議会が照会することに同意します。						

※添付書類 身体障害者福祉手帳・介護保険被保険者証等の写し