

福祉有償運送サービス事業利用会員登録申請書

平成 年 月 日

一般社団法人 絆 様

申請者 住所

氏名

印

緊急連絡者 利用者との関係

氏名

電話

次のとおり、有償運送の会員に登録したいので申請します。

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	男
利用者氏名			年 月 日	女
住 所		電話番号		
身 体 状 況	<input type="checkbox"/> 要介護度 <input type="checkbox"/> 要支援者 <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 () <input type="checkbox"/> つくば市福祉有償運送にかかる移動困難申出書の申請者 ※運営協議会で決定した輸送の対象者以外の場合は、利用の事由を示す書類を添付する。			
家 族 状 況	同居者の有無 有 () ・ 無			
要 望				
利 用 目 的	通院 () ・ 買い物 ・ その他 ()			

一般社団法人 絆