

御中

担当課： 心・高・し

窓   
担当者印

# 福祉有償運送 利用申込書

① 記入者：  本人  市役所職員代筆  
 代理人氏名： \_\_\_\_\_ 関係： \_\_\_\_\_ 連絡先： \_\_\_\_\_

車イスをご利用ですか？ いいえ・はい ⇒ 自走式・大型電動・リクライニング・バギー・その他

② 該当区分：  
 イ. 身障手帳所持  精神手帳所持  八. 愛の手帳所持  
 二. 要介護認定  ホ. 要支援認定  へ. 総合事業対象者  ト. その他の障害

⇒ 上記該当区分が、ホ、へ、トの方は、下記③の問いにお答えください。

③ ひとりでバスやタクシー等の公共交通を利用することは困難ですか？ はい・いいえ

⇒ (はい、と答えた方) その理由を下記にご記入ください。

⇒ (いいえ、と答えた方) 利用要件に該当しない為、福祉有償運送を利用できません。

④

本人氏名	フリガナ	男・女	生年月日			年齢
			<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	
住所	国立市					
電話	自宅電話	—	—			
	携帯電話	—	—			
面談連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 (上記に連絡)					
	<input type="checkbox"/> 代理人 [氏名 _____ 利用者との関係 _____] (下記に連絡)					
	代理人電話		—	—		
介助	介助同乗者 ( いる・時々いない・いない ) *介助同乗者をご自身で用意できない場合は、運行法人にご相談下さい。					
選択欄	紹介を希望する運行法人を1つ選択してください。*■の法人は、現在、新規登録停止中です。 <input type="checkbox"/> さくら会 <input checked="" type="checkbox"/> あゆみ <input checked="" type="checkbox"/> 自立支援センター <input type="checkbox"/> 国立あおやぎ会 (10:30~15:00) <input type="checkbox"/> 幹福祉会					
重要事項	<input type="checkbox"/> 運行主体は、市役所ではありません。市内の民間法人による自家用車両運送(有償)です。					
	<input type="checkbox"/> 運賃や登録料・年会費等は事業者ごとに異なります。詳細は、事業者にお問合せ下さい。					
	<input type="checkbox"/> 後日、運行法人より連絡の上、ご利用本人様のご自宅を訪問(無料)し、詳細説明いたします。					

■ 福祉有償運送の利用に際し、重要事項の説明を受けました。また、運行法人を紹介いただくにあたり上記の個人情報を運行法人に提供することを承諾いたします。

⑤ サイン

市役所使用欄	該当区分	イ. 身障手帳 級 (主障害: _____) <input type="checkbox"/> 精神手帳 級 <input type="checkbox"/> 八. 愛の手帳 度
		二. 要介護 1 2 3 4 5
		ホ. 要支援 1 2
		へ. 総合事業対象 (介護保険法施行規則第140条)
		ト. その他の障害 (主障害: _____)
		【主たる障害】 *主障害欄に下記より番号を記入 ①人工透析 ②肢体不自由 ③内部障害 ④視覚障害 ⑤聴覚障害 ⑥その他の障害 ⑦難病 ⑧その他

[運行法人記入欄] 面談日： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  個人情報FB  登録  否