

福祉有償運送サービス 利用登録票

下記の通り、福祉有償運送サービスの利用者として登録申請いたします。

利用者	フリガナ					生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日		
	氏名								
	住所	〒 -				電話番号			
利用区分（該当区分に○）	イ	身体障害者福祉法第4条に規定する身体障害者	6級	5級	4級	3級	2級	1級	
	ロ	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第5条に規定する精神障害者	3級	2級	1級				
	ハ	障害者の雇用の促進等に関する法律第2条第4号に規定する知的障害者	軽度	中度	重度				
	ニ	介護保険法第19条第1項に規定する要介護認定を受けている者	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		
	ホ	介護保険法第19条第2項に規定する要支援認定を受けている者	要支援1	要支援2					
	ヘ	介護保険法施行規則第140条の62の4第2号の基準（基本チェックリスト）に該当する者	該当						
	ト	その他（肢体不自由、内部障害、知的障害、精神障害、その他の障害を有する者）	※内容を記載						
緊急連絡先	フリガナ					続柄			
	氏名								
	住所	〒 -				電話番号			

社会福祉法人美土里会
理事長 殿

申込者 _____

利用者本人以外の場合は続柄
()

※法人記入欄

判定	可	不可	代表者	責任者	担当	受付者	決裁日