別記様式第１号（第８条関係）

障がい者等移送サービス事業利用登録申請書

年　　月　　日

栃木市社会福祉協議会会長　あて

申請者住所

氏　名

　次のとおり、栃木市社会福祉協議会障がい者等移送サービス事業の利用について、登録の申請をします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ登録者名 |  | 生年月日 | 　　年　 　月　 　日 | 性別 | 男・女 |
| 住　所 | 栃木市自宅電話番号　　　　　　　　　　　携帯電話番号　　　　　　　　　　　 |
| 要介護度又は障がいの程度 | 介護保険要介護　　　　　 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５身体障害者手帳　　　　　１級・２級・３級・４級・５級・６級精神障害者保健福祉手帳 １級・２級・３級療育手帳　　　　　　　　Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２**※上記の利用要件確認のため、行政等に照会することに同意します。** |
| 介護者が同乗する必要性 | 有 　・ 　無 |  |
| 乗車時の機器使用状況 | 車いす　・　ストレッチャー　・　電動車いすその他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用者要件確認 | **□** 書類確認　 　**□**  口頭確認（確認日　　　月　　　日） |
| 備考 | 要介護度又は、障がいの程度が分かる書類等をお持ちください。 |