

(様式第1号)

福祉有償運送会員登録申請書

令和 年 月 日

鋸南町社会福祉協議会長 様

福祉有償運送を利用したいので、会員の登録を申請します。

申請者	氏名	Ⓜ		性別	男・女
	住所	鋸南町			
	生年月日	年	月	日	電話
介助者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	氏名		電話	
申請の根拠 (該当に○)	ア 身体障害 () イ 精神障害 () ウ 知的障害 () エ 要介護 (1 2 3 4 5) オ 要支援 (1 2) カ 基本チェックリスト該当 キ その他 ()				
緊急連絡先	氏名				
	住所				
	電話		利用者との続柄		
備考					

(様式第5号)

福祉有償運送利用誓約書

社会福祉法人

鋸南町社会福祉協議会長 様

福祉有償運送を利用するにあたり、利用中または利用後に生じた会員及び介助者の病状等の急変については当方で一切の責任を負い、貴社会福祉協議会及び運転者には責任を問わないことを誓約いたします。

尚、事故の補償については、貴社会福祉協議会が加入している保険の範囲内とすることを承諾いたします。

令和 年 月 日

(会員)

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(保証人)

住 所 _____

氏 名 _____ (印)