

(旧)

別 記
様式第 1 号 (第 3 条関係)

申請日 年 月 日

東南村山地域福祉有償運送 統一利用申請書及び同意書

東南村山地域福祉有償運送運営協議会 会長 様

記入者 氏名

住所

利用者との関係 電話番号

東南村山地域福祉有償運送を利用したいので申請します。また、福祉有償運送の適切な利用のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、主治医意見書及び身体障害者手帳等交付台帳等を運営協議会の事務局が閲覧することに同意します。

申請者（福祉有償運送を利用しようとする者）

フリガナ		生年月日	昭和・平成・令和				
氏 名			年 月 日				
住 所	〒						
要介護度等	☐ 要支援（ ） ☐ チェックリスト読者		介護保険被保険者番号				
	☐ 要介護（ ） ☐ 認定なし						
障がい等級等	☐ 身体障害者手帳（ ）級		☐ 療育手帳（ ）				
	☐ 精神障害者保健福祉手帳（ ）級		☐ 手帳なし				
身体状況等 （自由記載）							

福祉有償運送団体記入欄			
団体名		受付日	年 月 日
住 所			
電話番号		F A X	

申請日 年 月 日

東南村山地域福祉有償運送 統一利用申請書及び同意書

東南村山地域福祉有償運送運営協議会 会長 様

記入者 氏名

住所

利用者との関係 電話番号

東南村山地域福祉有償運送を利用したいので申請します。また、福祉有償運送の適切な利用のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、主治医意見書及び身体障害者手帳等交付台帳等を運営協議会の事務局が閲覧することに同意します。

申請者（福祉有償運送を利用しようとする者）

フリガナ			生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
氏 名					
住 所	〒 ー				
要介護度等	☐ 要支援（ ） ☐ チェックリスト読者 ☐ 要介護（ ） ☐ 認定なし		介護保険被保険者番号		
障がい等級等	☐ 身体障害者手帳（ ）級 ☐ 療育手帳（ ） ☐ 精神障害者保健福祉手帳（ ）級 ☐ 手帳なし				
状況確認欄※	（公共交通機関を利用できない具体的な身体状況について記載してください。）				
確認者	職種	☐ 地域包括支援センター ☐ 担当ケアマネジャー ☐ 主治医 ☐ その他（ ）		氏名	
	所属機関			電話	
その他※ （自由記載欄）					

※記載の欄については、記入を必須としない。

福祉有償運送団体記入欄			
団体名		受付日	年 月 日
住 所			
電話番号		F A X	