

地域支え合い送迎事業利用登録申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人甲良町社会福祉協議会会長 様

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電 話 _____ () _____

送迎利用を申請いたします。

記

利 用 者	ふりがな		性 別	男性 ・ 女性
	氏 名			連絡先
	住 所	〒		
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)		
	区 分	一人暮らし老人 ・ 高齢者世帯 ・ 身体障害者等		
	身体状況	障害者手帳 あり (手帳 級) 要介護度 ()		
利用目的				
運転者		1. 登録ボランティア等		

【費用負担について】送迎 1 回 100 円

【損害賠償について】貸出期間中における事故等にかかる本協議会の損害賠償の範囲は下表のとおりです。ご注意ください。

<自動車保険>

種 類	限度額
対人賠償	無制限
対物賠償	無制限
人身傷害	3,000 万円

地域支え合い送迎事業利用条件確約書

甲良町社会福祉協議会（以下「本協議会」という。）が所有する車両を登録ボランティアに依頼し、送迎を希望される利用者を対象に、本協議会が利用者との間で交わす確約書となりますので、下記の内容を良く読んでご理解いただき、署名捺印をお願いします。

重要

（75歳以上の高齢者を対象とし毎週水曜日、秦荘フレンドマート及び豊郷丸善（アスト）までの送迎サービスとなります。）

記

1. 急な依頼やタクシー感覚で利用していただくことはできません。
2. 万一事故が発生した場合の事故処理は、本協議会が対応します。また、賠償については自動車保険による補償内での賠償とさせていただきます。また、利用者や家族はボランティアへの損害賠償等一切の責任を負わせないこととします。

＜自動車保険＞

種 類	限度額
対人対物賠償（利用者は対人賠償）	無制限
人身傷害	3,000 万円

3. 運行当日、下記の内容で送迎を見送らせていただく場合がありますので、ご了承ください。（天候により、運転行為に支障がある場合等）
4. 運行当日、キャンセルの場合は、早急に本協議会まで連絡ください。
5. サービスの利用については 1 回 100 円とさせていただきます。

甲良町社会福祉協議会会長 様

上記の送迎の利用に伴う条件について確認し了承いたしました。

令和 年 月 日

住 所 _____
利用者氏名 _____ (印)
家 族 氏 名 _____ (印)
緊急連絡先 _____ ()

※この約束の原紙は本協議会、控えは申請者がもつものとしします。