

様式第1号

移送サービス事業利用登録申請書兼受付台帳

平成 年 月 日

美浜町社会福祉協議会 会長 様

申請者 住 所：

氏 名： ㊟

(対象者との続柄)

電話番号：

美浜町社会福祉協議会の移送サービス事業を利用したいので次のとおり登録申請します。

対 象 者	住 所	美浜町		
	氏 名		性別	男・女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	電話番号	
申請理由	から まで (片道 往復) 利用予定日 : 平成 年 月 日 利用予定場所 利用車種 (車いす・ストレッチャー)			
身体の状態 1 車いすで移動可 2 ストレッチャー (ベッド) を使用して移動 3 その他 ()				
家庭の状態 1 一人暮らし 2 同居人あり 3 施設入所 主な介護人氏名・連絡先				

受付年月日： 年 月 日

会 長	事務局長	係	係