

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)<br>利用予定日：平成 年 月 日<br>利用予定場所<br>利用車種 (車いす・ストレッチャー) |             |      |     |
| 身体の状態<br>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<br>3 その他 ( ) |   |             |      |     |
| 家庭の状況<br>1 一人暮らし    2 同居人あり    3 施設入所<br>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 |
|     |      |   |   |