

申請者 住所

氏名

新宮町社会福祉協議会会長 様

利用者から見た続柄 ()

TEL

新宮町移送サービス登録申請書
(リフトカー貸し出し用・運転ボランティア依頼者用)

利用者	会員NO: 氏名	男 . 女	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 (歳)
	住所 新宮町		TEL FAX		
運転者	1 あり 氏名 住所 TEL			2 なし (ボランティア依頼) 氏名 TEL ※社協記入	
介助者	有 ・ 無 ・ 必要ない ・ その他 ()				
介助者1	氏名 住所	男・女	利用者との関係 TEL		
介助者2	氏名 住所	男・女	利用者との関係 TEL		
緊急連絡先	氏名 住所	男・女	利用者との関係 TEL		
かかりつけの病院	名前 担当医	TEL			
移動手段	1 車イス (本人所有・社協所有) 2 杖歩行 3 電動車イス		4 介助歩行 5 その他 ()		
障害程度	1 障害名: 2 歩行外の障害 (視覚・聴覚・言語・内部・知的)				
外出頻度	月・週	回程度	車酔い	ある ・ ない	
備考					

(※社協事務局処理)

事務局 処理	事務局長	局長補佐	係長	係	担当	適用
						可・不可
備考						

添付書類

誓 約 書

リフトカーの使用に際しては、安全運転を心がけるとともに、万一事故等によりリフトカーを破損した場合は「移送サービス実施要綱」の定めにより弁償することを約束します。

令和 年 月 日

新宮町社会福祉協議会会長 様

申請者 氏 名
住所
連絡先

運転免許書コピー添付

確 約 書

令和 年 月 日以降移送サービスを利用するにあたり、以下の二点について確約いたします。

①移送サービス利用中又は、利用後に生じた症状などの急変については、当方で一切の責任を負います。

②移送サービス利用中に発生した事故等においては、移送サービスに関する保険の補償範囲を超える請求はいたしません。

令和 年 月 日

利用者 住 所
氏 名

利用者の 住 所
家族代表 氏 名

新宮町社会福祉協議会会長 様