

福祉有償運送事業（移送サービス）申請書

平成 年 月 日

社会福祉法人

八尾市社会福祉協議会 会長 宛

裏面のとおり、移送サービスの利用を申請いたします。なお、使用に際しては、福祉有償運送事業（移送サービス）実施要綱を遵守します。

1. 利用者名 _____

住 所 八尾市_____

電 話 【自宅】 () 【携帯】 () _____

【 申請者が代理（本人以外）の場合のみ記入】

2. 申請者名 _____

住 所 八尾市_____

電 話 【自宅】 () 【携帯】 () _____

3. 付属品

乗車時のみ標準型車いすの貸し出しを希望

乗車時のみリクライニング車いすの貸し出しを希望

(社協記入欄)

申請のとおり、移送サービスを承認してよろしいか。

	担当	係長	事務局次長
・			

1. 利用期間 平成 年 月 日() 時 分~ 時 分まで
(復路が自宅以外の場合料金が異なる場合がありますので、必ず記入してください。)

行き先

(病院名・施設名称等を明記) _____

使用目的 _____

2. 利用期間 平成 年 月 日() 時 分~ 時 分まで
(復路が自宅以外の場合料金が異なる場合がありますので、必ず記入してください。)

行き先

(病院名・施設名称等を明記) _____

使用目的 _____

3. 利用期間 平成 年 月 日() 時 分~ 時 分まで
(復路が自宅以外の場合料金が異なる場合がありますので、必ず記入してください。)

行き先

(病院名・施設名称等を明記) _____

使用目的 _____

4. 利用期間 平成 年 月 日() 時 分~ 時 分まで
(復路が自宅以外の場合料金が異なる場合がありますので、必ず記入してください。)

行き先

(病院名・施設名称等を明記) _____

使用目的 _____

5. 利用期間 平成 年 月 日() 時 分~ 時 分まで
(復路が自宅以外の場合料金が異なる場合がありますので、必ず記入してください。)

行き先

(病院名・施設名称等を明記) _____

使用目的 _____

6. 利用期間 平成 年 月 日() 時 分~ 時 分まで
(復路が自宅以外の場合料金が異なる場合がありますので、必ず記入してください。)

行き先

(病院名・施設名称等を明記) _____

使用目的 _____