

(様式第1号)

福祉移送サービスあじさい利用会員登録申請書

社会福祉法人 誠和
理事長 赤島 健 様

申請者 申請日 _____

住 所 _____

氏 名 _____ (続柄) ⑩

電話番号 _____

下記の者について、福祉有償運送事業の利用登録を申請します。

記

区 分	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳所持者 <input type="checkbox"/> 療育手帳所持者 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳所持者 <input type="checkbox"/> 要介護認定者 <input type="checkbox"/> 要支援認定者 <input type="checkbox"/> その他 ()			
利用 者	ふりがな		性 別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	電 話 番 号		年 齢	歳
	住 所			
身体状況	補 助 具	<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 松葉杖 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 車椅子		
	介助の必要な動作	<input type="checkbox"/> 立ち上がり <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子駆動 <input type="checkbox"/> 階段昇降 <input type="checkbox"/> ()		
	見守り又は援助の必要な行為	<input type="checkbox"/> 意思の伝達・理解 <input type="checkbox"/> こだわり行為や動作緩慢の為の乗降行為の促し <input type="checkbox"/> 走行中の危険行為 <input type="checkbox"/> 不安発作等の突発的な事態への対応		
	移送時に必要な福祉用具	<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> その他 () [具体的に:]		
主 治 医	医療機関名		主 治 医 氏 名	
	所 在 地		電 話 番 号	
緊 急 時 連 絡 先	氏 名		同 行 の 有 無	有 ・ 無
	電 話 番 号 ①		電 話 番 号 ②	
利用の主な理由	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> 理美容 <input type="checkbox"/> 集会 <input type="checkbox"/> 行事 <input type="checkbox"/> 行楽 具体的に ()			
支払方法	<input type="checkbox"/> 郵政公社 <input type="checkbox"/> 中国銀行 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/>			
備 考	<住宅付近案内等>			

*各種障害手帳、要介護認定被保険者証等のコピーを1部お願いします。

(様式第2号)

社会福祉法人 誠和

理事長 赤畠 健 様

誓約書

社会福祉法人誠和 福祉移送サービスあじさい（福祉有償運送）事業を利用するにあたり、移送に生じた不慮の事故については、貴法人に対してその責任を一切問うことは致しません。

社会福祉法人誠和で加入されている自動車損害賠償責任保険の範囲で対応していただくことに異議ありません。

なお、申請に関わる個人情報は（個人情報保護法に基づき、当法人の運営以外には用いません）貴法人の運営にのみ用いることに同意致します。

以上、誓約致します。

平成 年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

署名代行者 住 所 _____

(後見人等)

氏 名 _____ (印)