

様式第1号（第6条関係）

課長	課長補佐	係長	係
----	------	----	---

車椅子移送車利用申請書

令和3年4月19日

刈谷市社会福祉協議会 会長

申請者 住所 刈谷市下重原町3-120
(運転者) 氏名 福祉 太郎
電話番号 62-6676
生年月日 S〇〇年 1月 1日
運転免許
証番号 123456789012

下記のとおり、車椅子移送車 **【ノア・スペーシア】**

を利用したいので申請します。

なお、社会福祉法人刈谷市社会福祉協議会車椅子移送車貸出要綱の記載内容に同意するとともに、車椅子移送車に損害賠償又は修理が必要となった場合には、本申請書に記載された私の個人に関する情報を保険会社又は車両修理業者に提供することに同意します。

記

車椅子使用者	氏名	福祉 小太郎		
	住所	刈谷市下重原町3-120		
	生年月日	S△△年 3月 2日		
同乗者氏名	①	②	③	
行先及び利用目的	刈谷総合病院通院の為			
利用期間	R3年 4月19日(月) 9時00分から R3年 4月20日(火) 14時00分まで 2日間			