

課 長	課長補佐	係 長	係
-----	------	-----	---

車椅子移送車貸出申請書

令和 年 月 日

刈谷市社会福祉協議会会長

申請者 住 所.....

氏 名.....

〔 団体にあっては、
名称及び担当者名 〕

電話番号.....

貴会の定める車椅子移送車貸出要綱の定めにご同意し、下記のとおり申請します。

なお、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

運 転 者	氏 名		生年月日	大・昭・平 年 月 日
	住 所			
	免許証 番 号			
車 椅 子 使 用 者	氏 名		生年月日	大・昭・平 年 月 日
	住 所			
同 乗 者				
行 先 及 び 利 用 事 由				
利 用 期 間		令和 年 月 日 () 時 分から 令和 年 月 日 () 時 分まで 日間		
希 望 車 両		<input type="checkbox"/> 普通自動車[ヴォクシー] <input type="checkbox"/> 軽自動車[スペース]		
同 意 事 項		<input type="checkbox"/> 車椅子移送車貸出要綱の遵守について		

備考 1 運転者が複数いる場合は、全員分を別紙に記載して添付してください。

2 運転者全員の運転免許証の写しを添付してください。

別紙（車椅子移送車の運転者）

1	氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日
	住所			
	免許証 番号			
2	氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日
	住所			
	免許証 番号			
3	氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日
	住所			
	免許証 番号			
4	氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日
	住所			
	免許証 番号			
5	氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日
	住所			
	免許証 番号			
6	氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日
	住所			
	免許証 番号			