

会 長	事務局長	次 長	主 幹	係 長	係

障害者及び寝たきり高齢者移動支援事業リフト付き車両使用申込(申請)書					
利用申込者 (障害者)	住 所		TEL		
	氏 名		(手帳・ 等級)		
	住 所		TEL		
	氏 名		(手帳・ 等級)		
	住 所		TEL		
	氏 名		(手帳・ 等級)		
	住 所		TEL		
	氏 名		(手帳・ 等級)		
使 用 日 時		使 用 目 的 (行先・理由)			
令和 年 月 日	時 分	(行先)			
令和 年 月 日	時 分	(理由)			
(日間)					
運 転 者 氏 名		同 乗 者 氏 名 (介 護 者)			
(年齢 才)					
<p>上記のとおり石井町社会福祉協議会所有のリフト付き車両を使用したいので、貸出要綱の条件を守る事を誓約のうえ申請します。</p> <p>令和 年 月 日 住 所</p> <p>申請者 (使用責任者) 氏 名 印 電 話</p> <p>社会福祉法人 石井町社会福祉協議会長 小 林 智 仁 殿</p>					
<p>上記許可する。</p> <p>令和 年 月 日 社会福祉法人 石井町社会福祉協議会長 小 林 智 仁 印</p> <p>殿</p>					
* 入庫年月日	* 走行距離	* 距離数	* 領収金額		
令和 年 月 日	出庫時 km	km	円		
時 分	入庫時 km				

- 注 1. 車両返却時に申請書を提示してください。
2. 事故等が生じた場合は石井町社会福祉協議会 (TEL088-674-0139) に連絡し指示を受けて下さい。
3. *は石井町社会福祉協議会で記入します。