（様式第２号）

会　長	局　長	次　長	主　幹	係長	係

障害者地域生活支援事業（車両移送支援事業）

福　祉　自　動　車　利　用　許　可 申 請 書

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人　石井町社会福祉協議会長　殿

申請者　住所

氏名　　印

TEL

			＊登録Ｎｏ	
利　用　者	氏 名		施設名	
	住 所	TEL	TEL	
利用日時	令和　　年　　月　　日（　　曜日）　　時　　分～　　時　　分			
行　　先				
出発場所	１　自　宅　　２　その他（　　）			
運転者名		住　所		
		TEL		
利用目的	１通院　２入院　３退院　４施設　５自主活動　６その他（　　）			
移動機器	１車いす　２歩行補助車　３ステッキ　４松葉杖　５使用しない			
介　護　人	氏名		利用者との関係	
	住所		TEL	
備　考　欄				