

(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 \_\_\_\_\_  
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				