

## 福祉車両利用申込書

令和 年 月 日

宮若市社会福祉協議会 会長 様

申込者住所：宮若市

申込者氏名：

電話番号：

携帯番号：

利用対象者  
との続柄：

- 福祉車両の使用に際しては、安全運転を心がけるとともに、宮若市社会福祉協議会リフト付自動車貸出事業要綱を遵守いたします。また、万一事故等により、福祉車両を損壊した場合は、要綱第10条第2項により弁償することを約束いたします。

※ 利用希望車種にチェックを入れて下さい

キャラバン(定員10名) ノア(定員5名) N-BOX(定員3名)

利用日時	令和 年 月 日( ) ~ 令和 年 月 日( ) ( 時 分)から( 時 分)まで ( 日間)		
利用目的	<input type="checkbox"/> 医療機関への受診等 <input type="checkbox"/> 日常での外出 <input type="checkbox"/> その他( )		
利用者の状況	※ 障害の等級等を記入してください。		
目的地	<input type="checkbox"/> 市内 [目的地： ] <input type="checkbox"/> 市外 [目的地： ]		
利用対象者 氏名及び住所 (申込者と異なる 場合のみ記入)	氏名		電話番号
	住所		
運転者氏名及び 住所 (申込者と異なる 場合のみ記入)	氏名		電話番号
	住所		
利用人員	車イス利用者	人	合計
	運転手を含む 随行者	人	
※ 本会記入欄:燃料代領収書 確認チェック → <input type="checkbox"/>			受付者