

車椅子利用者移送自動車借受申込書兼同意書

平成 年 月 日

長浜市社会福祉協議会会長 様

※太枠内の事項については必ず記入して下さい。
 ※初めてご利用になられる方は、運転者の免許証の写しを添付してください。

申 運 転 者	住 所	T E L	
	氏 名	車椅子利用者との関係	

※下の運転者欄については、申込者以外の方が運転する場合は記入してください。

運 転 者	住 所	T E L	
	氏 名	車椅子利用者との関係	

車 椅 子 利 用 者	住 所	T E L	
	氏 名	生 年 月 日	年 月
	移動困難な事由		

利 用 日 時	利 用 日	平成 年 月 日	～	平成 年 月 日
	開始時間	午前 ・ 午後	時	分から
	返却時間	午前 ・ 午後	時	分まで
利 用 目 的 目 的 地 等 を 記 入				

車椅子利用者移送自動車利用にあたり、長浜市社会福祉協議会車椅子利用者移送自動車貸出事業実施要綱並びに同約款を遵守し、万が一事故あるときは要綱第9条並びに約款第12条から第14条の定めに従います。

上記のとおり車椅子利用者移送自動車の借受を申請します。

氏 名 _____ 印 _____

※この申込書に記入された個人情報については利用回数の把握等の本事業の取扱い業務のみに使用し、外部には公表いたしません。

決 裁	課 長 支 所 長	受 付	合 議