

千歳市移送介助サービス利用登録申込書

年 月 日

社会福祉協議会会長 様

住所

申込者 氏名

印

電話 () ー

千歳市移送介助サービスを受けたいので、下記により登録を申し込みます。

利用登録	氏名	年 月 日生 (歳)		男 女
	住所	電話 ー		
希望者	現 状	①身障手帳の状況 級		
		障 害 ()		
		②車いす、ストレッチャーの使用状況 (車いす ストレッチャー) 使用		
申請理由				
同 乗 者	住所		電	
	氏名		続	
緊 急 連 絡 先	住所		電	
	氏名		続	
そ の 他				