

重度障害者等移動支援車両貸出事業利用申込書

令和 年 月 日

島田市社会福祉協議会 会長 様

申請者 住所
氏名
電話番号
対象者との関係

下記のとおり移動支援車両の申込みをします。使用にあたっては島田市重度障害者等移動支援車両貸出事業実施要綱を順守します。

使用車両	リフト車		
利用者	登録番号		
	住 所		
	氏 名		
	電話番号		
利用日時	令和 年 月 日 () 時 分から 時 分まで		
利用目的		目的地	
使用器具	1 車いす (No.) 2 ストレッチャー 3 その他 ()		
運転手 ※申請者と同じ場 合は記載不要	住 所		
	氏 名		
	電話番号		
緊急の 連絡先	住 所		
	氏 名		
	電話番号 (携帯)		

※以下の事項を確認のうえ、同意するにチェックをお願いします。

【遵守事項】 貸出を受けた者以外に転貸しない

申請目的以外のことに使用しない

運転中は交通法令を遵守する

事故が発生した場合は速やかに警察及び受託者へ届け出る

運転手が申請者と異なる場合は、運転手に遵守事項を伝える

上記事項に同意します。