



# 福祉車両利用申請書

申請日 令和 年 月 日

川根本町社会福祉協議会 会長 様

申請者 住 所

氏 名

(利用者との続柄: )

緊急時連絡先【携帯等】( - - )

次のとおり申請します。

利用者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	氏 名	
運転者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	氏 名	( 歳)利用者との続柄( ) <input type="checkbox"/> 申請者と同じ

※運転者が、車両の受取と返却を行ってください。なお、車両受渡時に運転免許証を確認させていただきますので、必ず持参してください。お持ちでない場合は、ご利用ができませんので、ご注意ください。

<利用する車両>※○で囲んでください。

・車椅子スロープ車 ・その他 ( )

<利用理由>※○で囲んでください。

・病院受診のため ・施設利用のため ・その他 ( )

<利用期間>

令和 年 月 日 ( ) 時 分～ 時 分

<行 先>

受付印

## ※社協使用欄

令和 年 月 日	決裁印	合 議	担当者
・申請を承認する。 ・申請を承認しない。			

## ※受渡確認欄 (車両受渡時において、運転者の運転免許証により、氏名・住所を確認し、免許証番号を控える。)

運転免許証により、運転者情報を確認。右記を控えました。	運転免許証番号	特記事項	確認者
	運転免許証より転記↓		

記載いただいた個人情報は、ご本人の同意がない限り第三者には提供いたしません。