



福祉車両利用申請書

申請日 平成 年 月 日

社会福祉法人

川根本町社会福祉協議会 会長 様

〒 ー

住所

申請者 氏名 印

(利用者との続柄:)

次のとおり申請します。

利用者	住所	〒 ー		
	氏名			
	性別	男・女	生年月日	年 月 日生 (歳)
運転者	住所	〒 ー		
	氏名	携帯電話 (ー ー) 利用者との続柄 ()		
	性別	男・女	生年月日	年 月 日生 (歳)

※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 ・助手席サイドリフトアップ車 ・その他 ()

<利用理由> _____

<利用期間> 平成 年 月 日 () 時 分～ 時 分

<行 先> _____

※社協使用欄

平成 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↓		

記載して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。