

様式第1号（第5条関係）

福祉移送サービス登録申請書

年 月 日

社会福祉法人飯能市社会福祉協議会

会長 新井 重治 様

申請者 住 所 飯能市
 氏 名
 続 柄
 電話番号

福祉移送サービスの利用登録について、下記のとおり申請します。

記

利用者	ふりがな			
	氏 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	生年月日	年 月 日		
	住 所	同上の場合、記入不要		
	電話番号	同上の場合、記入不要		
	外出方法	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
	疾病・障害 の状態			
主な 運転者	氏 名	性別	続柄	備 考
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
主な 介助者	氏 名	性別	続柄	備 考
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
目 主 的 利 用	<input type="checkbox"/> 病院への通院、入退院 <input type="checkbox"/> 社会福祉施設への通所、入退所 <input type="checkbox"/> 行事、学習会、研修会、レクリエーション等への参加 <input type="checkbox"/> 官公庁等の公的機関への出向 <input type="checkbox"/> 家族旅行 <input type="checkbox"/> ()			

※事務局記入欄（以下は記入しないでください。）

登録年月日	年 月 日	添付書類 (コピー)	<input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証
登録番号			<input type="checkbox"/> 手帳 (<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神) <input type="checkbox"/> その他 ()

福祉移送サービス誓約書

福祉移送サービスを利用するにあたって、下記の事項を遵守することを誓約します。

記

1. 運行前、運行後の車両点検を励行します。
2. 運行後に車内の清掃を行います。また、必要に応じて車外の清掃も行います。
3. 無理せずゆとりを持った安全運転を行い、交通法規を遵守します。
4. 事故が生じた場合は、現場での安全措置を講じるとともに、その大小にかかわらず速やかに救急車の手配や警察への通報等を行い、適切に対処します。
5. 事故が生じた場合は、独断で第三者と示談せずに、その大小にかかわらず速やかに飯能市社会福祉協議会に連絡し、必要な事項を伝えます。
6. 社協運転者の派遣を受けて利用する際には、必要な人数の介助者を確保し、乗降時の機械操作及び車両の運転以外の介助について、一切を社協運転者に求めません。
7. 事故が生じた場合は、飯能市社会福祉協議会が車両に付してある自動車保険及び社協運転者に付してある社協の保険の補償範囲外については自己負担とし、過失の如何に関わらず、飯能市社会福祉協議会に賠償の請求は一切しません。
8. その他、福祉移送サービスの利用上必要な事項について、飯能市社会福祉協議会の求める全てを遵守します。

年 月 日

社会福祉法人飯能市社会福祉協議会
会長 新井 重治 様

利用者

住 所

氏 名

印