

年 月 日

社会福祉法人 幹福社会
理事長 殿

幹福社会 ヘルプ協会たちかわ 移送サ - ビス事業会員登録申込書

利用者

ふりがな 氏名		性別 男・女	生年月日	年 月 日
住所	〒 -	TEL	()	

緊急連絡先

	氏名	続柄	住所	電話番号
第一順位				
第二順位				

身体状況 (身体状況等で自動車への乗車に影響があると思われることをご記入ください。)

・ 身体障害者手帳 / 有・無 (種 級) 障害名 () その他手帳 ()
・ 介護保険利用 / 有・無 (要支援・1・2 要介護1・2・3・4・5)
・ 補助具 / 電動車いす・手動車椅子・その他 ()

事故について

幹福社会の移送サ - ビスでは、自動車任意保険の中の搭乗者傷害保険と、東京都社会福祉協議会の移送サ - ビス利用者傷害保険に加入しています。

細心の注意を払って運行を実施しますが、万一の事故の際は、上記保険の範囲内での補償とさせていただきますので、ご了承ください。

・ 上記内容を確認し申し込みいたします。

(申請者)

住所 〒 -

氏名 _____ 印

電話番号 _____

利用者との関係 _____