

様式第 1 号(第 4 条関係)

福祉移送サービス事業利用登録申請書

平成 年 月 日

小川町社会福祉協議会長 様

住 所  
申請者 氏 名 (印)  
電 話  
要援護者との続柄

小川町社会福祉協議会福祉移送サービス事業の利用者として登録いたします。

要	ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和
	氏 名		男・女	年 月 日( 歳)
援	住 所	小川町		
	電話番号	( )		
	介 護 度	要支援 1・要支援 2・要介護 1・要介護 2・要介護 3・要介護 4・要介護 5		
護	身体状況			
	車いす利用 の有無	有(レンタル・購入) ・ 無		
者				
備				
考				