

# 買い物福祉有償運送車両同行利用会員登録申請書(事業2)

年 月 日

特定非営利活動法人 品川ケア協議会理事長宛

住所

電話

申請者氏名

㊞

下記のとおり「高齢者等の買い物等日常生活支援事業」の利用会員登録をしたいので申請いたします。

## 記

買い物福祉有償運送車両同行利用会員情報			
氏名	(ふりがな)	性別	男 ・ 女
住所	〒		
電話番号			
生年月日	年 月 日生 ( 歳)		
身体状況(要支援・要介護度等)			
利用者対象種別 (平成24年度は、②の要介護認定者のみを対象としています)	②	① 身体障害者福祉法第4条に規定する身体障害者 ② 介護保険法第19条第1項に規定する要介護認定を受けている者 ③ 介護保険法第19条第2項に規定する要支援認定を受けている者 ④ その他肢体不自由、内部障害、知的障害、精神障害その他の障害を有する者	
身体状況(要支援・要介護度等)	(要支援1、要介護4、単身、車椅子使用等ご記入ください。)		
ご利用者様の全体状況・希望など	(生活支援状況やベットの用品購入希望など具体的にご記入ください。)		
担当ケアマネジャー氏名		担当サ責氏名	

※記入いただいた個人情報に関しては、「高齢者等の買い物等日常生活支援事業」のみに使用し、無断で第三者の提供はいたしません。

決裁区分	理事長	常務理事	事務局長	担当

福祉有償運送 利用登録番号	
登録年月日	年 月 日

受付日	年 月 日( )
決裁完了日	年 月 日( )