

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

本人が申請する場合の
記載方法 →

住所 品川区00町0-0-0

電話 3729-****

申請者氏名 品川 花子 印

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) しながわ はなこ 品川 花子 印	性別	男 ・ 女 <input checked="" type="radio"/>
住所	〒000-0000 品川区00町0-0-0		
電話番号	3729-****		
生年月日	昭和**年 **月 **日生 (** 歳)		
身体状況(要支援・要介護度等)	要介護1		
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)	(身体状況を具体的に記載) 例:長距離でなければ杖歩行可。		
ご利用者の全体状況・希望など	(全体状況・希望を具体的に記載) 例:お歳暮などを買いに行きたい		
担当ケアマネージャー氏名	中延 花子	担当サ責氏名	広町 豊

※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()