

## (福)みなかみ町社会福祉協議会 福祉有償運送 会員登録申込書(兼会員台帳)

申込年月日	令和 年 月 日	利用者電話番号	
利用者本人	ふりがな 氏名		性別 男・女
	生年月日	T・S・H・R 年 月 日	年齢
利用者住所	群馬県利根郡みなかみ町		
身体障害者手帳	1級 2級 3級 4級 5級 6級		
精神保健福祉手帳	1級 2級 3級		
療育手帳	A重度 A中度 B中度 B軽度		
介護保険の認定	要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 要支援1 要支援2 認定有効期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日		
基本チェックリスト	該当		
その他の理由	肢体不自由 内部障害 知的障害 精神障害 その他の障害		
単独移動が困難な理由や身体状況			
その他特記事項			
緊急時連絡先	氏名		連絡先
	住所		
備考			

※身体障害者手帳、精神保健福祉手帳、療育手帳、介護保険の認定、基本チェックリスト及びその他の理由欄は、該当するすべてに等級や介護度に○印をお願いします。

※身体障害者手帳、精神保健福祉手帳、療育手帳、介護保険被保険者証を提示してください。

※6ヶ月以上利用がないと登録を削除することがあります。

<以下、法人記入欄>		受付者	
利用者区分	イ ロ ハ ニ ホ ヘ ト	会員としての適合性	
注意事項			
介護認定の履歴	介護度	認定有効期間	確認年月日
その他			