

様式第 1 号（第 6 条関係）

白川町福祉有償運送利用登録申請書

年 月 日

白川町長 様

申請者 住 所  
氏 名  
利用者との関係（ ）

次のとおり、福祉有償運送の利用登録を受けたいので、白川町福祉有償運送事業実施要綱第 6 条の規定により申請します。

なお、本申請をもって、利用登録の審査（判定会議を含む。）及び運行の実施（配車調整・安全確保・緊急時対応等）のため、申請書記載の情報に加え、町又は受託事業者が取得・作成・記録した私の個人情報（要配慮個人情報を含む。）を、町と受託事業者の間で相互に提供・共有し、又は受託事業者に取り扱わせること、並びに判定会議に受託事業者が出席することに同意したものとします。

※利用登録者番号（ ）

|                |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                          |       |        |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|
| ふりがな<br>氏 名    |                                                                                                                                                          | 生年月日                                                                                                                                                                                                     | 年 月 日 | 男<br>女 |
| 住 所<br>(自治会)   | 白川町<br>( )                                                                                                                                               | 電話番号                                                                                                                                                                                                     |       |        |
| 自宅以外の<br>緊急連絡先 | 氏名（本人との関係） 電話番号                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                          |       |        |
| 身体等の<br>状 況    | <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 要支援 1・2・基本チェックリスト<br><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |                                                                                                                                                                                                          |       |        |
|                | 具<br>状<br>況<br>的<br>な                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 公共交通利用時の介助 必要 ・ 不要<br><input type="checkbox"/> 歩行補助用具の使用 有 ・ 無 ※有の場合は下記も記入<br>〔 杖・歩行器・車いす・他（ ） 〕<br><input type="checkbox"/> 人工透析治療の有無 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |       |        |
| 家族・付添<br>人の状況  | 主な同居家族（続柄 ）<br><input type="checkbox"/> 付添人が必要（予定している付添人の続柄 ）<br><input type="checkbox"/> 付添人は不要                                                         |                                                                                                                                                                                                          |       |        |
| 利用事由<br>(内容)   | 予定している行先・頻度などをお書きください                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                          |       |        |
| 備 考            |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                          |       |        |

※利用登録者番号は記入不要