

(様式第1号)

宇佐市障がい者移動支援事業（グループ支援型）「かけはし」利用申請書

宇佐市社会福祉協議会長 殿

次のとおり申請します。

事故等の賠償補償については、宇佐市および宇佐市社会福祉協議会が、
本事業を実施するにあたり加入する保険の範囲内で対応することに同意します。

平成 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	明治 大正	年 月 日
	氏名	㊟		昭和 平成	
住 所	宇佐市	電話番号	—	—	—
住 所		携 帯	—	—	—
団 体 名 事業所名		電話番号	—		
利用日時	平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分				
利用目的					
運転経路 (必要に応じて 地図等添付)	宇佐市社協 → (:)				
利用人数	当事者 名 (そのうち車いす利用者 名) 家族等 名	利用者合計 名	入場料・拝観料 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
燃 料 代	<input type="checkbox"/> 当日利用者が支払います ・ <input type="checkbox"/> 後日請求後支払います		手帳所有者 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
高速料金等	<input type="checkbox"/> 当日利用者が支払います ・ <input type="checkbox"/> 後日請求後支払います				
行事用保険	加入する・加入しない	介助の内容	<input type="checkbox"/> 車の乗降り時の見守り・介助 <input type="checkbox"/> 乗車中の声かけ・見守り <input type="checkbox"/> 車いすの介助 <input type="checkbox"/> その他 ()		
介 助 者	必 要 () 名 不 要				
社協記入欄	運転者	介助者			

*利用者名簿（裏面）にもご記入ください。