

障がい者移動支援事業「かけはし号」 利用会員登録のご案内

この度はかけはし号利用会員登録に申し込みいただきまして、ありがとうございます。
ます。

本事業は屋外での移動に困難がある障がい者・児などに、グループで安価に利用できる移動手段を提供することにより、地域での自立支援生活及び社会参加を促し、休日の余暇活動等の充実を図ることを目的とした事業です。

「利用会員登録書」に必要事項のご記入と、**障害者手帳の複写**など必要な資料を提出されて登録手続きを行っていただきますようお願いいたします。

ご記入にあたりましては、運行に協力していただく運転ボランティア、介助ボランティアの方、そして万一事故などで体調が不良になった場合に対応していただく医療機関の方々に対して、対処が潤滑に行われるように全ての項目のご記入をお願いいたします。

特に現在は新型コロナウイルス対策のため、介助者や家族様など利用会員登録者様の緊急連絡先として本登録書に記載される方に対しましても、住所や電話番号の記載をお願いしておりますので、ご協力をお願いいたします。

また[自宅以外の送迎場所]については、そちらを優先して送迎を行いますので、自宅までの道が狭くかけはし号が入ることが難しい場合など、他の場所への送迎を希望される場合にご記入ください。

その際には、自宅の地図と合わせて送迎場所の地図も添付してください。

また[自宅以外の送迎場所]について、不確かな場合や一時的な場合には、この用紙には記入せず、利用申請時に「利用申請書」裏面の備考欄にご記入してください。

以上、よろしくをお願いいたします。

宇佐市社会福祉協議会
障がい者移動支援事業
「かけはし号」事務局
TEL：0978-33-0725

宇佐市障がい者移動支援事業「かけはし」利用会員登録書

登録区分	当事者・家族・ヘルパー他	登録番号		登録日	令和 年 月 日
------	--------------	------	--	-----	----------

※ 太枠線内をご記入ください。

フリガナ	生年月日			年齢	性別	血液型		
氏名	明治・大正 昭和・平成 令和	年 月 日			男・女			
障がい区分	該当するもの全てを チェックしてください。 うち、主たる障がいを 記入してください。	<input type="checkbox"/> 発達	<input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 知的	主障がい	障害者手帳	要介助	要車イス
		<input type="checkbox"/> 身体	<input type="checkbox"/> 視覚	<input type="checkbox"/> 聴覚		有・無	要・不要	要・不要
自宅住所	〒			連絡先				
自宅以外の送迎場所				メール				
緊急連絡先1								
氏名			本人との関係					
住所				TEL				
緊急連絡先2								
氏名			本人との関係					
住所				TEL				
留意する疾病・障がい			必要な介助など					
緊急時・主治医の情報								
疾患名			病院名					
医師名			TEL					
その他特記事項								

※ 他必要な書類

- ・ 障害者手帳の写し
- ・ 医療保険証の写し
- ・ 自宅が記載された地図
- ・ その他緊急時に必要と思われるもの

<登録団体・事業所>

--

個人情報の使用および利用に係る承諾書

私(利用者)およびその家族の個人情報については、社会福祉法人 宇佐市社会福祉協議会が行う宇佐市障がい者移動支援事業の方針に従うとともに、提出した利用会員登録書に記載されている個人情報を、以下に記載するとおりに必要最小限の範囲内でこの事業のみに用いることを承諾いたします。

また、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、この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併せて承諾いたします。

1 使用する目的

宇佐市社会福祉協議会が、障がい者移動支援事業を適正かつ円滑に行い、利用者の安全および利用の促進を図るために使用します。

2 使用にあたっての条件

(1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意をはらいます。

(2) 個人情報を使用した会議、内容等について記録しておきます。

3 使用する個人情報の内容

(1) 用紙に記載した氏名、生年月日、年齢、住所、健康状態、病歴、家族状況など個人および家族に関する情報。

(2) その他、この事業で利用者の安全や不利益に繋がると思われる情報。

4 使用する期間

会員登録日より1年間。
(ただし、利用者より登録解除の申し出がない場合は自動的に更新されます)

令和 年 月 日

社会福祉法人 宇佐市社会福祉協議会会長 殿

(利用者)

住所
氏名

印

(利用者家族)

住所
氏名

印