

# 福祉輸送サービス対象者認定申請書

令和 年 月 日

富士見町長 殿

申請者住所 富士見町 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

電話 \_\_\_\_\_

利用者との続柄 ( )

富士見町福祉輸送サービス事業補助金交付要綱(平成17年告示第62号)第2条第1項(1)に該当する者として認定願います。

## 【利用者の状況】

住 所	富士見町 番地
氏 名	(男・女)
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (才)
傷病名 (障害名等)	
介護認定 障害状況等	(要介護認定 介護度) (身体障害者手帳 等級)
利用を 希望する理由	
利用目的 利用頻度・回数	通院 ・ 入退院時 ・ 施設入退所時 ・ 買い物等 (行き先) ※行き先は富士見町内・原村内、富士見町を発着時とする場合に限ります。  (利用頻度・回数) ※買い物等で利用される場合は月2回までとなります。
移送車両	車椅子対応の車両 ・ その他
利用希望開始日	