

# 買い物福祉有償運送車両同行利用会員登録申請書(事業2)

\*\*年 \*\*月 \*\*日

特定非営利活動法人 品川ケア協議会理事長宛

本人が申請する場合の  
記載方法 →

住所 品川区OO町0-0-0  
電話 3729-\*\*\*\*

申請者氏名 品川 花子 (印)

下記のとおり「高齢者等の買い物等日常生活支援事業」の利用会員登録をしたいので申請いたします。

記

## 買い物福祉有償運送車両同行利用会員情報

|  |                                     |   |        |  |
|--|-------------------------------------|---|--------|--|
| 氏 名                                      | (ふりがな) しながわ はなこ<br>品川 花子 (印)        |   | 性別     | 男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/> |
| 住 所                                      | 〒000-0000 品川区OO町0-0-0               |   |        |  |
| 電 話 番 号                                  | 3729-****                           |   |        |  |
| 生 年 月 日                                  | 昭和**年 **月 **日生 ( ** 歳)              |   |        |  |
| 身体状況(要支援・要介護度等)                          | 要介護1                                |   |        |  |
| 利用者対象種別<br>(平成24年度は、②の要介護認定者のみを対象としています) | ②                                   | ① 身体障害者福祉法第4条に規定する身体障害者<br>② 介護保険法第19条第1項に規定する要介護認定を受けている者<br>③ 介護保険法第19条第2項に規定する要支援認定を受けている者<br>④ その他肢体不自由、内部障害、知的障害、精神障害その他の障害を有する者 |        |  |
| 身体状況(要支援・要介護度等)                          | (身体状況を具体的に記載)<br>例:長距離でなければ杖歩行可。    |   |        |  |
| ご利用者様の全体状況・希望など                          | (全体状況・希望を具体的に記載)<br>例:お歳暮などを買いに行きたい |   |        |  |
| 担当ケアマネージャー氏名                             | 中延 花子                               |   | 担当サ責氏名 | 広町 豊   |

※記入いただいた個人情報に関しては、「高齢者等の買い物等日常生活支援事業」のみに使用し、無断で第三者の提供はいたしません。

|      |     |      |      |    |
|------|-----|------|------|----|
| 決裁区分 | 理事長 | 常務理事 | 事務局長 | 担当 |
|      |     |      |      |    |

|                  |       |
|------------------|-------|
| 福祉有償運送<br>利用登録番号 |       |
| 登録年月日            | 年 月 日 |

|       |          |
|-------|----------|
| 受付日   | 年 月 日( ) |
| 決裁完了日 | 年 月 日( ) |

記載例