〔様式第１号　第６条関係〕

福祉自動車利用登録カード

社会福祉法人吉野川市社会福祉協議会会長　様

※ 登 録 №.	
※登録年月日	年　　月　　日

氏　名		男・女	生年月日	年　　月　　日生	
住　所	〒　　－ （　　自治会）			電話番号	－
緊急連絡先	氏　名			電話番号	
区　分	１　身体障害者手帳（ １級 ・ ２級 ）（部位：　　） ２　療育手帳（ Ａ１ ・ Ａ２ ） ３　精神障害者保健福祉手帳（ １級 ・ ２級 ） ４　寝たきり（ 寝たきりになった時期：　　年　　月頃 ） ５　その他　（　　）				
主　な 利用目的	１　通院　　２　入院 ３　退院　　４　施設利用 ５　自主活動（ グループ活動 ・ ボランティア活動 ・ 団体活動等 ） ６　その他（　　）				
移動用 機　器	１　車いす（本人所有・社協所有）　　２　歩行補助車 ３　ステッキ　　４　松葉杖 ５　使用しない　　６　その他（　　）				
介　護 事業所	事業所名	（担当者　　）		電話番号	
介護人のいる場合のみ記入	介護人 氏　名		男・女	利用者との関係	
	住　所	〒　　－ （　　自治会）		電話番号	－
特　記 事　項					