

第1号様式

## 移送サービス利用会員登録申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人 成田市社会福祉協議会長 様

住 所 \_\_\_\_\_

申請者 氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

社会福祉法人成田市社会福祉協議会移送サービス事業実施要綱による利用  
会員の登録を下記により申し込みます。

### 記

#### 1. 移送サービス利用希望者の状況

氏 名 \_\_\_\_\_ 性 別 男・女 \_\_\_\_\_

住 所 成田市 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( )才

サービスを希望する理由 \_\_\_\_\_

利用希望者の身体状況 \_\_\_\_\_

介護者の状況 \_\_\_\_\_

※1. 移送サービス利用会員登録の許可決定後、会費を納入していただき会員登録として登録します。

※2. 訪問調査の際に利用される方を運転手にお伝えするため、写真撮影にご協力ください。

また、介護保険証や障害者手帳も撮影させていただきます。ご了承ください。

登録後、調査された個人情報について、本事業内で使用されることについて了承いたします。

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_