

福祉移送サービス利用申込書

平成 年 月 日

亀山市社会福祉協議会長 様

利用申込者

住 所

氏 名 (印)

電話番号

利 用 者

利用者との続柄

次のとおり、福祉移送サービスを利用したいので申し込みします。

記

利 用 日 (月 分)	定 期	随 時		
	毎 週 曜 日	日 (曜 日)	日 (曜 日)	日 (曜 日)
出発時間(自宅)	:	:	:	:
出発時間(行先)	:	:	:	:
利 用 目 的	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他 ()
行 き 先				
介 助 者 氏 名				
備 考				

◎ 申し込みは前月20日までをお願いします。

◎ 車椅子、ストレッチャー等が必要な場合は、同時に申し込んで下さい。

◎ 利用の変更又は解約は必ず前日の17時までに申し出て下さい。緊急でやむを得ない場合を除き、当日解約される場合は利用料金を納めていただくことがあります。

亀山市社会福祉協議会

担当 総務係

TEL 82-7985