福祉移送サービス利用申込書

　　年　　月　　日

亀山市社会福祉協議会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用申込者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

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 | □通院  □リハビリ  □透析  □その他  (　　　　) | □通院  □リハビリ  □透析  □その他  (　　　　) | □通院  □リハビリ  □透析  □その他  (　　　　) | □通院  □リハビリ  □透析  □その他  (　　　　) |
| 行き先 |  |  |  |  |
| 介助者氏名 |  |  |  |  |
| 備　考 |  |  |  |  |

* 申し込みは前月２０日までにお願いします。
* 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