

様式第1号（第3条）

下記の申請に対し、許可してよいか伺います。

会長	常務理事	局長	係長・主任主査・主査・主事	受付者

受付番号

## 車椅子同乗軽自動車利用申請書

令和 年 月 日

西郷村社会福祉協議会長 様

申請者 住所

氏名

㊟

電話番号

下記のとおり車椅子同乗軽自動車の利用申込をいたします。

ふりがな				性別	男・女	大正・昭和・平成		
利用者 氏名						年	月	日（ 歳）
利用者 住所	西郷村							
本人の 状況	高齢者	認知・寝たきり・その他（ ）						
	障がい児・者	視覚・肢体・体幹・内部・知的・その他（ ）						
	手帳	身障 種 級 （障がい名 ）						
	その他	難病・傷病・その他（ ）						
	世帯	独居・高齢者・障がい者のみ・昼間独居・父子・母子・その他						
利用日時	令和 年 月 日（ ）	午前・午後	時	分より	車椅子の貸出			
	令和 年 月 日（ ）	午前・午後	時	分まで	有・無			
	令和 年 月 日（ ）	午前・午後	時	分より	車椅子の貸出			
	令和 年 月 日（ ）	午前・午後	時	分まで	有・無			
利用目的	1 通院    2 入院    3 退院    4 施設の利用 5 自主活動（グループ活動・ボランティア・団体活動・会合参加等） 6 買い物・スポーツ・趣味・行楽等 7 その他（ ）							
目的地 及び経路	目的地				経路			
運転手名	住所				男女	利用者 との関係		
	氏名							
同乗者名	住所				男女	利用者 との関係		
	氏名							
	住所				男女	利用者 との関係		
	氏名							

\* 運転手の運転免許証の写しを添付すること。

## 誓 約 書

私は、車椅子同乗軽自動車（以下「車両」という。）の利用に当たり、利用中に生じた事故については、社会福祉法人西郷村社会福祉協議会で加入している保険の範囲内での補償しか請求いたしません。

貴会及びボランティア等の方に、一切の責任を問うことはいたしません。

なお、同乗者はもとより、その家族におきましても、今後いかなる事態が生じましても補償の申出は、一切しない事を誓約します。

また、車両に損害を与えた場合は、貴会の規定どおり支払いたします。

令和 年 月 日

西郷村社会福祉協議会長 様

利用申請者 住 所

氏 名

⑩

同意確認者 住 所

氏 名

⑩