

事務局長	事務局次長	事務局長補佐	主任主査	担 当

本書のとおり、福祉車両利用登録証を発行してよろしいか（伺）

## 福祉車両利用登録申込書

年 月 日

（あて先）幸田町社会福祉協議会長

申込者 住所  
氏名  
電話番号

下記により、福祉車両の利用登録を申し込みます。

### 記

車椅子利用者	氏 名				
	住 所				
	状 態	身体障害者手帳（ 種 級） 介護認定（要支援・要介護） その他（ ）			
	主 な 利用目的				
運 転 予 定 者	①	氏名	電 話	（ ） -	登録番号
		住 所			
	②	氏名	電 話	（ ） -	登録番号
		住 所			
	③	氏名	電 話	（ ） -	登録番号
		住 所			
福祉車両を利用するにあたり、以下の事項に同意します。 1 社会福祉法人幸田町社会福祉協議会が当該車両に加入している自動車保険の補償範囲を超える損害については、申請者、利用者又は運転者が一切の責任を負うこととする。 2 運転者の故意または過失に起因する法令違反に対する罰金、科料は本人負担とする。 3 福祉車両を利用するにあたり、実施要綱に記載されている事項を厳守する。実施要綱の内容について、申請者、利用者、運転者及び親族等からの異議申し立てをしないものとする。  年 月 日 氏名（署名）_____					

※申込書提出時には、運転者予定者の運転免許証の写しを添付してください。