

令和 年 月 日

社会福祉法人
京田辺市社会福祉協議会 会長 様

住 所
申請者 氏 名
電話番号

買い物支援利用者登録申請書

本会の買い物支援事業実施について、買い物支援を利用したいので次のとおり登録申請します。また、送迎中の交通事故、買い物中の事故やトラブルに関しては、本会のリフトカーが加入している保険及び行事保険によることに同意します。

生年月日	性別	身障手帳の有無	車いす所有の有無
大正 昭和 平成 年 月 日 (満 歳)	男・女	有 ・ 無	有 ・ 無
障害の部位		障害の状況	
介助者氏名	緊急連絡先		
	氏名	電話番号（携帯電話等、必ずつながる番号をご記入下さい。）	
介助者の申請者との続柄	備考		