

つばさ号利用登録申請書

令和 年 月 日

五 泉 市 長 殿

私は、五泉市重度身体障害者移動支援事業実施要綱やその他別に定めるきまりを必ず守りますので、つばさ号利用登録を申請します。

| | | | | | | |
|-----------------------|-------|---|---------|----------|-----------|-----|
| 利 用 者 | 住 所 | 五泉市 | | | 電話 番号 | () |
| | | アパート名等 | | | | |
| 者 | ふりがな | | 男・女 | 生年 月日 | 明・大・昭・平 | |
| | 氏 名 | | | | 年 月 日(歳) | |
| 本 人 の 状 態 | 車椅子 | <input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 使用していない方は、利用時に車椅子の借用も必要 <input type="checkbox"/> いらない | | | | |
| | 視 覚 | <input type="checkbox"/> 普通に見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 全く見えない (右・左) | | | | |
| | 聴 覚 | <input type="checkbox"/> 普通に聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 全く聞こえない (右・左) | | | | |
| | 言 語 | <input type="checkbox"/> 普通に話せる <input type="checkbox"/> よく話せない <input type="checkbox"/> 全く話せない | | | | |
| 特 記 事 項 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 緊 急 連 絡 先 | 氏 名 | 住 所 | 電 話 番 号 | 続 柄 | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| つばさ号利用時の主な同乗者 | | | | | | |
| 氏 名 | 住 所 | 電 話 番 号 | 利用者との関係 | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

つばさ号の利用に際し、ご希望等ございましたら記入してください。

| |
|-------|
| |
| |
| |
| |
| |

