

利用者登録申請書

公益財団法人川崎市身体障害者協会
理事長 殿

私は、次のとおり福祉キャブの利用登録の申請をいたします。

令和 年 月 日

〒 _____

登録申請者（利用者）住 所 _____

フリガナ

氏 名 _____

生年月日 M.T.S.H.R 年 月 日 男・女

電 話（自宅） _____（携帯） _____

車椅子の種類

手 動・電 動・介助用・ストレッチャー・その他（ _____ ）
必ずご記入ください。（該当するものに○）

身体障害者手帳・指定難病医療受給者証（写）の欄

身体障害者手帳のコピーを添付してください。
（顔写真のあるページ、障害名と再交付欄のあるページが必要です）
又は
特定医療費（指定難病）医療受給者証のコピーを添付して下さい。

*不明な点などをお電話で確認させていただく場合がありますので、ご協力をお願いします。

*記入不備の場合は、返送いたしますので、再度申し込みをしてください。

登録申請者(利用者)の自宅付近の見取り図

備考

*連絡先が申請者住所と違う場合は、備考欄に記入してください。