様式１

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 |  |
| 有効期間 | 年 　月 　日  ～ 　年 　月 　日 |

※センター記入欄

利用者登録申請書

公益社団法人横浜市身体障害者団体連合会

横浜市障害者社会参加推進センター長　宛

　私は、次のとおりハンディキャブの利用者登録を申し込みます。

年　　　月　　　日　　[　新規 ・ 更新( 継続 ・ 期限切れ ) ・ 変更　]

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  請  者 | ふりがな  住　所 | 〒 | | | | | |
| ふりがな  氏　名 | 印 | | | | | |
| 連絡先 | ＴＥＬ | | |  | | |
| ＦＡＸ | | |  | | |
| 携帯電話 | | |  | | |
| 車椅子使用者との関係 | | | | 本人 ・ 家族（　　　） ・ その他（　　　　） | | |
| 車  椅  子  使  用  者 | ふりがな  住　所 | 〒 | | | | | |
| ふりがな  氏　名 |  | | | | | |
| 連絡先 | ＴＥＬ | |  | | | |
| ＦＡＸ | |  | | | |
| 生年月日 | 大・昭・平　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| 身体障害者  手帳の番号 | |  | | | 等級 |  |
| 障害の内容 | |  | | | | |
| 車椅子の種類 | | 自走式　・　電動式　・　介助式　・　ストレッチャー | | | | |
| 車椅子使用者の自宅付近の見取り図 | | | | | | | |