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 |