

様式 1

登録番号	
有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日 <small>※センター記入欄</small>

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