

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]

ご記入頂いた内容は、ハンディキャブ運行のため提携した運行会社に提供します。				
利 用 者	ふりがな			
	住 所	〒		
	ふりがな			
	氏 名			
	TEL			
	FAX			
	携帯電話			
	E-mail(PC)	利用申込書を添付送付できるアドレスを記入		
	生年月日	西暦	年	月 日
	障害の内容		等級	
車椅子の 種類	自走式 ・ 電動式 ・ 介助式 ・ ストレッチャー 電動車椅子のメーカー () 重量 (kg)			
※ 上記利用者と連絡先が異なる場合は下記にご記入ください。				
連 絡 先	住 所	〒		
	ふりがな			
	氏 名			
	TEL			
	FAX			
	携帯電話			
	E-mail(PC)	利用申込書を添付送付できるアドレスを記入		
車椅子使用 者との関係	家 族 : その他 :			

車椅子使用者の自宅付近の見取り図

- ※ ハンディキャブが停車及び待機可能なスペースを明記してください。
- ※ リフト操作をする場所に傾斜がある場合や待機不可能と判断した場合は、お近くの別の場所をご指定する場合があります。