

茂原市リフト付福祉カー貸出申込書

年 月 日

(宛先)茂原市長

団体名  
利用者氏名 印  
住所  
電話 ( )  
(障害者等との関係 )

茂原市リフト付福祉カーの貸出しを申し込みます。

貸出希望期間	年 月 日 ( ) 時 分から 年 月 日 ( ) 時 分まで
目的	
目的地	日帰り
	宿泊 1泊目場所 宿泊施設名 電話 ( ) 2泊目場所 宿泊施設名 電話 ( )
障害者等	1 障害者等の区分： 身体障害者・知的障害者・高齢者 氏名 (M. T. S. H 年 月 日生) 住所 電話 手帳の種類： 身体障害者手帳・療育手帳 傷害の程度： 身体の状況：
	2 障害者等の区分： 身体障害者・知的障害者・高齢者 氏名 (M. T. S. H 年 月 日生) 住所 電話 手帳の種類： 身体障害者手帳・療育手帳 傷害の程度： 身体の状況：
運転者	氏名 (M. T. S. H 年 月 日生) 住所 電話 運転免許証番号 障害者との関係

備考1 利用者は、障害者と同行しなければなりません。

2 乗車定員は5人(うち障害者等は2人)です。

3 目的の欄は、〇〇行事参加、〇〇旅行等具体的に記載してください。