様式第１号（第６条関係）

医療機関送迎サービス事業利用登録申請書

年　　月　　日

香南市長　　　様

申請者　住所

氏名

電話　　　　（　　　　）

次のとおり、医療機関送迎サービスを利用したく申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者の状況 | 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 住所 | 香南市 |
| 中山間地域 | 該当無し　・　該当有り |
| 介護認定 | 無　・　有（　　　　　　　　　　　　　） |
| 身体障害者手帳 | 無　・　有（　　種　　級・障害名　　　　　　　　　　　） |
| 療育手帳 | 無　・　Ａ１　・　Ａ２ |
| 精神障害者保健福祉手帳 | 無　・　１級 |
| 送迎先 |  |
| 利用送迎事業者 |  |
| 家族の状況 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 居　住 | 別居者の住所 | 電　　話 |
|  |  |  | 同・別 |  |  |
|  |  |  | 同・別 |  |  |
|  |  |  | 同・別 |  |  |
|  |  |  | 同・別 |  |  |
| 緊急連絡先 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 | （自宅）（携帯） |

○　同意事項

　医療機関送迎サービス事業の申請に当たり、私に関する所得の状況及び住所等を公簿（市民税課税台帳・住民基本台帳等）により、確認することに同意します。また、事業の適切な運営のために必要があるときは、申請情報（氏名・住所・連絡先・送迎先等）を送迎事業者に提示することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　氏名