

受付者	係	係長	課長	局長	No.

## リフト付き福祉車両利用対象者状況調書

平成 年 月 日現在

台帳番号		初回 利用日	平成 年 月 日
ふりがな 氏名		男 女	生年 月日
住所	〒 - 足利市		
区分	1 身体障がい者等 (障がい名 ) ( 手帳 種 級 ) 2 介護保険該当者等 (認定: 要支援・要介護 1・2・3・4・5 ) 3 その他 ( )		
主な利用	1 通院・入退院・入退所 (病院等名 ) 2 行事・冠婚葬祭・旅行等 (内容 ) 3 その他 (内容 )		
使用機器	1 車 い す 2 その他 (機器名 )		
緊急連絡先	住 所 氏 名 (続柄) 電話番号		
特記事項			

\*本書は初回申請時に作成・提出してください。(内容変更した時は再提出)

\*利用対象者の障害者手帳・介護保険被保険者証等の提示(又は写しを提出)してください。