様式第１号

福祉車両利用登録申請書

令和　　年　　月　　日

美濃加茂市社会福祉協議会長　あて

申請者（利用責任者）　住所：

氏名：

利用者との続柄（　　）

（電話番号：　　）

（携帯電話：　　）

福祉車両利用登録を申し込みたいので、次のとおり申請します。

利用者	住　所	□　申請者と同じ 美濃加茂市		
	氏　名		生年月日	年　　月　　日
運転者①	□　申請者（利用責任者）と同じ（生年月日のみご記入ください。）			
	住　所			
	氏　名		生年月日	年　　月　　日
	続　柄		電話番号	
運転者②	住　所			
	氏　名		生年月日	年　　月　　日
	続　柄		電話番号	
運転者③	住　所			
	氏　名		生年月日	年　　月　　日
	続　柄		電話番号	

添付書類

（１）運転者の運転免許証の写し

（２）利用者が高齢者、障がい者、要介護認定者に該当することを証明する写し

会長	常務	局長	課長	係長	係員	受付
専決	専決					