

第1号様式(第7条関係)

ハンディキャブ利用者登録申請書

年 月 日

逗子市長

住所

氏名

次のとおりハンディキャブ利用者登録を申請します。

対象者氏名		生年月日	年	月	日
			(満	歳)	
住 所					電話 番号
緊急連絡先	氏 名		住所		電話 番号
自 宅 の 略 図 (目印となる建物 等記入してくだ さい。) ・ 駐車可能な場所か ら玄関までの状 況 ・ 距離 m ・ 階段 有・無 (段) ・ 手すり 有・無					
介 助 者	氏 名		続 柄		
	住 所		電 話 番 号		

対 象 種 別	<input type="checkbox"/> 身体障がい児者	<input type="checkbox"/> 寝たきり高齢者等
---------	----------------------------------	-----------------------------------

○ 身体障害者（手帳1級～3級で下肢・体幹機能障害の者） 車椅子使用者

身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 (障害名 _____)
身 体 の 状 況	<input type="checkbox"/> 日常において、自力操作により車椅子を使用している <input type="checkbox"/> 日常において、一部介助により車椅子を使用している

○ 寝たきり高齢者等

身 体 の 状 況	要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 要介護2に該当 <input type="checkbox"/> 要介護5に認定 <input type="checkbox"/> 要介護3に該当 <input type="checkbox"/> 寝たきりと同程度 <input type="checkbox"/> 要介護4に該当
	移 動	自力による、ベッドから車椅子への移乗 可・不可 (つえ・補装具等の使用で _____ m歩行可・不可) (つたい歩き等による身体の移動 可・不可)

運 行 事 由	<input type="checkbox"/> 1号に該当 <input type="checkbox"/> 4号に該当 <input type="checkbox"/> 2号に該当 <input type="checkbox"/> 5号に該当 <input type="checkbox"/> 3号に該当 <input type="checkbox"/> 6号に該当
---------	---

備 考	
-----	--