

## 福祉車両借用申請書

令和 年 月 日

沼田市社会福祉協議会長 様

申請者	住所	沼田市 町 番地( 地区)
	氏名	
	電話番号	
	利用者との続柄	

福祉車両を借用したいので、下記により申請します。

## 記

利用者	住所	沼田市 町 番地( 地区)
	氏名 (団体名)	
	電話番号	
	身体状況 (団体状況)	(チェックを入れて下さい) <input type="checkbox"/> ねたきり <input type="checkbox"/> 歩行困難 <input type="checkbox"/> 車イス使用 <input type="checkbox"/> 身障手帳保持 <input type="checkbox"/> 福祉団体 <input type="checkbox"/> ボランティア団体 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> その他( )
	利用目的	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 病院の入・退院 <input type="checkbox"/> 施設の入・退所 <input type="checkbox"/> 外出 <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 社会的行事への参加 <input type="checkbox"/> 研修 <input type="checkbox"/> その他( )
	行先	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 <input type="checkbox"/> その他( )
利用車両	(チェックを入れて下さい) <input type="checkbox"/> 10人乗ワゴン車(ハイエース)※福祉活動推進車両 <input type="checkbox"/> スロープ付軽自動車(ハイゼット又はアトレー) <input type="checkbox"/> スロープ付普通自動車(シエンタ) <input type="checkbox"/> リフト付ストレッチャー付属車両(キャラバン)	
使用日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
貸出希望日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
返却予定日	令和 年 月 日	
運転者	住所	沼田市 町 番地( 地区)
	氏名	
	電話番号	