

※ 受付	TEL	FAX	来庁	年	月	日	※	こだま交通(株)FAX (25)1166		
	受付時間	受付者		( )	サービスセンター	送信日		年	月	日
	:				身体障害者福祉センター	※キャンセルFAX送信日		年	月	日
					本 庁					

※	受付 番号	
---	----------	--

## 身体障害者送迎サービス利用申込書

年 月 日

小樽市長 様

次のとおり身体障害者送迎サービスの利用を申し込みます。

(申込者) 住 所

氏 名

利用者氏名		申込者 との 関係		身体 障害者 手帳	番号 等級	種 級
利用者住所 及び電話番号	小樽市 丁目(町) 番(番地) 号 電話番号 ( )					
利用目的						
利用予定時間	平成 年 月 日 ( 曜日) ① 午前・午後 : から 午前・午後 : まで ② 午前・午後 : から 午前・午後 : まで					
出発地・目的地 の住所	(例) 出発地(○○町▲番地) → 目的地(■▲丁目●番□号)					
	① ②					
運行方法 ( 往路・復路・往復 )			※ 走行距離 約 _____ km			
介 助 者	氏 名	(申請者との続柄 )				
	住所及び 電話番号	電話番号 ( )				

- 備考 1 「※」印欄は記入不要です。  
2 利用料金は、後日送付する納入通知書で、郵便局又は金融機関にて納期限までに納付してください。

担当	小樽市 福祉部 障害福祉課
電話	0134-32-4111 内線303
FAX	0134-22-6915