

| | | | |
|----|-------|-----|-----|
| 受付 | TEL | FAX | 来庁 |
| | 年 月 日 | | |
| | 受付時間 | | 受付者 |
| | : | | |

| | |
|----------------------|-------|
| こだま交通(株)FAX (25)1166 | |
| 送信日 | 年 月 日 |
| キャンセルFAX送信日 | 年 月 日 |

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

身体障害者送迎サービス利用申込書

令和 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

- | |
|--|
| <p>1 太枠内の記載はしないでください。(市が記載します。)</p> <p>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。</p> <p>3 もう1名車椅子の利用者が同乗する場合は申請の度に事前に御相談ください。(別途必要書類の提出があります。)</p> |
|--|

氏 名

連絡先

利用者との関係

| | | | |
|-------------|---------------------------------|-------------|-----|
| 利用者氏名 | | 身体障害者手帳番号 | 第 号 |
| 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 | 令和 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●番口号) | | |
| | ① | | |
| | ② | | |
| | 運行方法 (往復・片道) | 走行距離 約 km | |
| 介助者 | 氏 名 | (利用者との続き柄) | |
| | 住所及び電話番号 | 電話番号 () | |

| |
|---|
| 担当 小樽市 福祉保険部 福祉総合相談室 障害福祉G 電話 0134-32-4111 内線303 FAX 0134-22-6915 |
|---|