

※ 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

平成●●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 **小樽市花園2-1-1**

氏名 **花園 太郎**

利用者氏名	花園 節子	申込者 との 関係	妻	身体 障害者 手帳	番号 等級	北海道後●●●●●● 1 種 ● 級
利用者住所 及び電話番号	小樽市 花園 2 丁目(町) 12 番(番地) 1 号 電話番号 (0134-●●-●●●●●●)					
利用目的	買い物					
利用予定時間	平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日 (● 曜日) ① (午前)・午後 10 : 00 から (午前)・午後 10 : 30 まで ② 午前・(午後) 1 : 00 から 午前・(午後) 1 : 30 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 花園2丁目の自宅 → ○○デパート ② ○○デパート → 花園2丁目の自宅					
	運行方法 (往路・復路・(往復))			※ 走行距離 約 _____ km		
介助者	氏名	申請者と同じ (申請者との続柄 本人)				
	住所及び 電話番号	〃 電話番号 (0134-●●-●●●●●●)				

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