

移送サービス利用申請書

令和 年 月 日

松原市社会福祉協議会会長 殿

申請者 住所 松原市

氏名 _____ ⑩

電話 ()

1、利用者 住所 松原市

ふりがな

氏名 _____

電話 ()

生年月日 S・H 年 月 日 (歳)

主な介助者 氏名 _____ 年齢 (歳)

性別 男・女 続柄 _____

2、利用目的 通院・リハビリ

個人情報については、必要な範囲で関係機関と共有することに同意します。

令和 年 月 日 利用者氏名 _____ ⑩

代筆者氏名 _____ ⑩

誓約書

私儀、今般移送サービスを利用するにあたり、移送中に生じた不慮の事故については、貴会に対してのその一切の責任を問うことは致しません。

なお、貴会で加入している自動車保険の保障額を超える賠償請求等が生じた場合は、利用者において対応します。

以上、誓約致します。

年 月 日

社会福祉法人松原市社会福祉協議会

会長 堤 實 様

利用者 住所 松原市

氏名 ⑩

ご家族 住所

氏名 ⑩

続柄