

第1号様式

船橋市福祉リフトカー利用申請書

〇〇年×月△△日

船 橋 市 長 あて

申請者 住 所 船橋市湊町2-10-25

氏 名 船橋 太郎

〇年〇月〇日生

電話番号 047-〇〇〇-×××

福祉リフトカーを利用したいので、次のとおり申請します。

区 分	重度身体障害者・ねたきり老人等		
身体障害者手帳	船橋市 第12345号 〇〇年×月△日交付	障害の等級	第 1 種 1 級
障 害 名	〇〇による××機能障害		
自宅周辺の略図 (目印となる建物等を記入してください。)	記載していただく代わりに、別紙にて、地図を添付していただくことも可能です		
駐車可能な場所から 玄関までの状況	距 離	〇〇 m	
	階 段	有(△段) ・ 無	
移動の可否	ベッドから車椅子への移動	できる	できない
	車椅子の自力操作	できる	できない
主治医等	医療機関の名称	〇〇病院	
	医師氏名	××医師	
	所在地	船橋市〇〇-××-△△	
	電話番号	047-〇〇〇-××××	
緊急連絡先	氏名	船橋 花子	
	住所(自宅・勤務先)	同上	
	電話番号	090-〇〇〇〇-××××	

かかりつけの医療機関がありましたら、ご記入ください