

第1号様式

船橋市福祉リフトカー利用登録申請書

年 月 日

船 橋 市 長 あて

申請者 住 所 船橋市

氏 名

年 月 日生

電話番号 — —

福祉リフトカーの利用の登録を受けたいので、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	第 号 年 月 日交付	障害の等級	第 種 級
障 害 名			
自宅周辺の略図 (目印となる建物等を記入してください。)			
駐車可能な場所から 玄関までの状況	距 離	m	
	階 段	有 ( 段 ) ・ 無	
移動の可否	ベッドから車椅子への移動 車椅子の自力操作	できる ・ できない できる ・ できない	
主治医等	医療機関の名称 医師氏名 所在地 電話番号		
緊急連絡先	氏名 住所 ( 自宅 ・ 勤務先 ) 電話番号		