

年 月 日

様

(市町村長名)

住 所 (運送主体)

氏 名

印

電話番号

福祉有償運送事業の登録会員認定申請書

熊本連携中枢都市圏福祉有償運送運営指針に基づき、福祉有償運送事業の登録会員に、下記の理由をもって、単独での公共交通機関の利用が困難である者として認定をお願いします。

記

住 所			
氏 名			
生年月日		年齢	
該当チェック	登 録 会 員 の 区 分		
	1 介護保険法に基づく要介護認定を受けている者のうち、該当要件以外の者で、単独で公共交通機関の利用が困難な者。		
	2 身体障害者福祉法に基づく身体障害者手帳の交付を受けている者のうち、該当要件以外の者で、単独で公共交通機関の利用が困難な者。		
	3 知的障害者福祉法に基づく療育手帳の交付を受けている者のうち、該当要件以外の者で、単独で公共交通機関の利用が困難な者。		
	4 肢体不自由若しくは内部障害又は精神障害により、単独での移動が困難な者であり、上記 1 から 3 までに該当しない者のうち、単独で公共交通機関の利用が困難な者。		
単独で公共交通機関の利用が困難な理由：			