

有田川町高齢者福祉通院外出利用者登録申請書

令和 年 月 日

有田川町長 様

申請者

住所 有田川町大字

氏名

印

下記により、本事業の利用登録を申請します。

対象者	氏名			
	生年月日	年 月 日 ( 歳)	男 ・ 女	
	住所	有田川町大字		
	連絡先電話番号	—		
かかりつけ医療機関名				
利用を希望する理由				
身体障害者手帳の有無・級種 種 級				
要介護度				
利用車輛				
1. ストレッチャー				
2. 車椅子				