

# 福祉有償運送利用に関する 理 由 書

番 号

下記のものが、シルバー人材センターの福祉有償運送を利用するにつき、必要性について以下のとおり理由を申し述べます。

令和 年 月 日

意見者

(資格)

医師・介護支援専門員・民生委員  
・市担当・その他( )

事業所名	
連絡先	
(氏名)	⑤

氏名	(ふりがな)	性別	男・女
住所	〒 -		
電話番号	自宅 携帯	生年月日	T・S・H・R 年 月 日生
理由			
対象基準	事業対象者・要支援( ) ( )障がい 第( )種 その他( )		
確認書類	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 [番号 ] <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 [番号 ] <input type="checkbox"/> その他( )		
その他			
特記事項	地図		

事務局局長	次長兼総務課長	業務課長	担当	受付

公社) 門真市シルバー人材センター福祉有償運送事業実施要綱に定める利用会員の登録を出来るのは、①介護保険法第7条第3項にいう要介護度1以上の者、②身体障がい者福祉法第4条にいう身体障がい1種(児童福祉法にいう障がい児を含む。)の者、③精神障がい者(児)、④知的障がい者(児)、⑤その他、事業対象者、要支援1、2、身障手帳2種、肢体不自由、内部障がい(人工血液透析を受けている場合を含む。)、難病等により単独での移動、公共交通の利用が困難な者であって市町村等が認めた者と定めており、この⑤場合は、その事由を示す書面(例:医師、介護支援専門員、民生委員、市町村等の理由書など)を添付することになっております。