

NPO 法人友の会かたくりポッケ 入会利用申込書

※友の会の趣旨に賛同し、会費を添えて友の会かたくりポッケに入会を申し込みます。

■申込日 年 月 日

H204.1

氏 名	住所	電話番号
ふりがな	〒	
生年月日	年齢	性別
明大昭平 年 月 日	歳	男 女
世帯構成		
独居 夫婦のみ世帯 子供と同居 ※いずれかを○で囲んでください。		

利用したいサービスを○で囲んで下さい

①生活支援サービス・②子育て支援サービス・③移動支援サービス・④その他

③の移動支援サービス（自家用有償旅客運送）を利用する理由を○で囲んで下さい

- ①身体障害者福祉法第4条に規定する身体障害者だから（ 級）
- ②介護保険法第19条第1項に規定する要介護認定を受けているから（ ）
- ③介護保険法第19条第2項に規定する要支援認定を受けているから（ ）
- ④その他肢体不自由、内部障害、知的障害（ 度）、精神障害（ 級）
その他の障害（発達障害・学習障害を含む）を有しているから

③の移動支援サービスを、主に何に利用したいですか？

現在使用している補助器具等を○で囲んで下さい

①4点安全杖 ②ステッキ杖 ③シルバーカー ④在宅酸素(携帯含む) ⑤車椅子

友の会かたくりポッケを何で、どこで、知りましたか？

※友の会の会員管理・ポッケの利用管理を行います。それ以外に使用することはありません。