

## 福祉有償運送サービス 利用者の状況

	フリガナ 氏名	生年月日	性別	電話番号
利用者		大正 昭和 平成 年 月 日	男・女	

項目 ※各項目に○をつけてください。					
1	送迎の目的	通院	入退院	入退所	買い物 旅行
2	送迎場所	(どこから )→(どこまで )			
3	障害者手帳	あり		なし	
4	介護認定	あり		なし	
5	身体の状態 (上記3・4に該当しない方)				
6	移動の状態	車イス	寝たきり	室内のみ 歩行可	玄関まで 歩行可
7	医療機器	なし	酸素	カテーテル	点滴
		その他( )			
8	送迎の際の同乗者	あり (続柄 )		なし	
9	その他注意事項				

保健福祉課使用欄		
移送サービスの可否	可	否
登録日	年 月 日	
確認日	年 月 日	

○福祉有償運送サービスは、登録から2年間有効です。

# 個人情報閲覧同意書

年 月 日

辰野町福祉有償運送運営協議会長 殿  
(辰野町長 殿)

<法人(団体)名>

住 所 辰野町大字伊那富2681番地1

法人(団体)名 辰野町社会福祉協議会

<会 員>

住 所

氏 名

印

上記法人(団体)の会員である私は、上記法人(団体)が辰野町福祉有償運送運営協議会に、道路運送法に基づく福祉有償運送に係る申請等に伴い私を含む旅客名簿を提出するに当たり、下記により、私の福祉関係情報を閲覧することに同意します。

## 記

### 1. 閲覧の目的

辰野町福祉有償運送運営協議会において、道路運送法に基づく福祉有償運送に係る確認を行うため

### 2. 閲覧者

- (1) 辰野町福祉有償運送運営協議会長、協議会委員及び事務局職員
- (2) 辰野町長及び辰野町職員

### 3. 閲覧に当たっての条件

閲覧終了後は、確実に回収した上で、厳重に保管又は確実に廃棄するなど、他の者の目に触れないよう万全の配慮をすること。

### 4. 同意の期限

年 月 日