

《 記 入 例 》

様式 1 - 5

利用者登録申請書

公益財団法人川崎市身体障害者協会
理事長 様

私は、次のとおり福祉キャブの利用登録の申請をいたします。

令和 元年 5月 1日

フリガナもご記入ください

〒 210-0834

フリガナ カシキウシマ

登録申請者（利用者）住所 川崎区大島 1-8-6

カシ タロ

氏 名 川 身 太 郎

生年月日 M.T.◎.H.R 59年 3月28日 男・女

電 話（自宅） 044-221-0333（携帯） 090-XXXX-XXXX

車椅子の種類

手動・電動・介助用・ストレッチャー・その他（ ）

必ずご記入ください。（該当するものに○）

身体障害者手帳・指定難病医療受給者証（写）の欄

身体障害者手帳

川崎市第 1234567号

平成〇〇年〇月〇日交付

顔写真

身体障害者等級表
による級別

1級

旅客鉄道株式会社

旅客運賃減額

第1種身体障害者

氏名 川身 太郎
昭和59年3月28日(男)

川 崎 市 印

障害名

疾病による両下肢機能障害

[1級] 再認定年月

再交付欄

再交付日

事由

手帳番号 第 号

交付年月日

旧等級 級 種

身体障害者手帳の場合…
この2ページの写しを貼付
難病医療受給者証の場合…
1枚目の写しを貼付

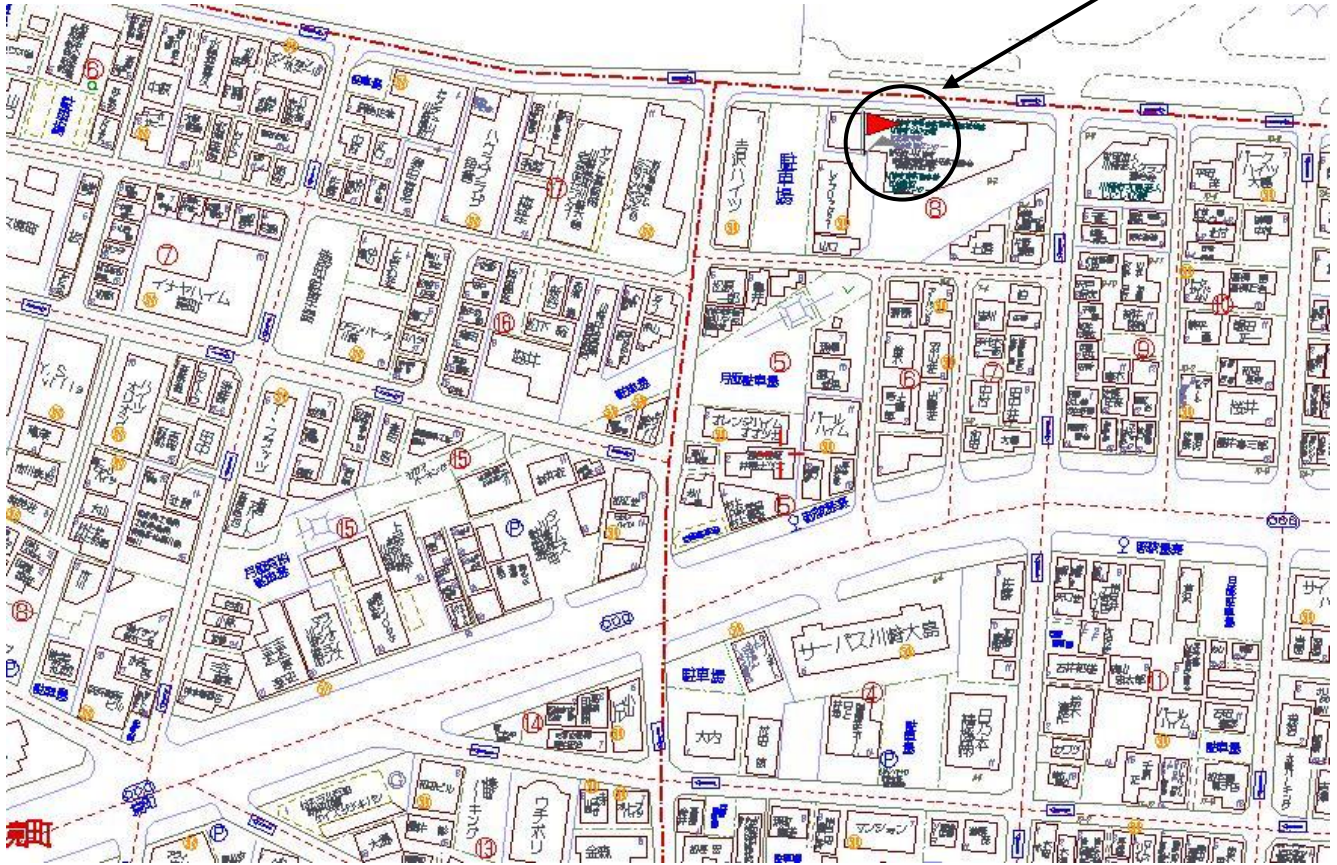
*不明な点などをお電話で確認させていただく場合がありますので、ご協力をお願いします。

*記入不備の場合は、返送いたしますので、再度申し込みをしてください。

《 記 入 例 》

登録申請者(利用者)の自宅付近の見取り図

<お近くの幹線道路からご自宅までの見取り図をご記入下さい>



備考

<本人に連絡が取れない場合に記入して下さい>

〒143-0025

東京都大田区南馬込 1-8-6

TEL 03-5742-0666

川身 センター

*連絡先が申請者住所と違う場合は、備考欄に記入してください。