調査書（福祉有償運送旅客名簿用）

<別紙>

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　実施団体名

|  |  |
| --- | --- |
| **フリガナ** |  |
| **氏　　名** |  |
| **住　　所** |  |
| **生年月日** | 年　　　　月　　　　日 |
| **障害者手帳等の所持状況（所持の場合○）** | |
| １　身体障害者手帳（番号：　　　　　　　）  　　（障がい名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ２　療育手帳（番号：　　　　　　　）  ３　精神障害者保健福祉手帳（番号：　　　　　　　）  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| **福祉有償運送を必要とする理由（身体の状況等を記入）** | |
|  | |
| 備　　考 |  |