

# 福祉自動車借受誓約書

利用登録者である私は、福祉自動車の利用に当たり、借受期間中に生じた事故等については、貴市ご加入の保険の範囲内の補償が受けられる以外は、運転者及び同乗者に補償を求めること、または、貴市に対し、同乗者はもとより運転者、家族におきましても事故等に関わる貴市ご加入の保険補償以外の一切の補償の申し出等を行わず、事故後の処理についても借受者側で誠意をもって対処することを誓約いたします。

また、福祉自動車に損害を与えた場合は、貴市の規定及びご指示のと通りの損害をお支払いいたします。

令和 年 月 日

原町市長 様

利用登録者

住 所

氏 名

㊞

誓約確認者

(ご家族)

住 所

氏 名

㊞

続 柄 ( )

(ご家族以外の方が運転する場合)

(運転者) 住 所

氏 名

㊞

続 柄 ( )

利用登録者の 身体状態等	1. ○介護保険(認定なし・要支援_____・要介護_____) ○障がい ( 手帳 級 ) 2. 寝たきり (寝たきりの時期: 年 月頃) 3. 障害区分 (認知・視覚・肢体・体幹・内部・知的・その他)
主な利用目的	1. 通院 2. 入院 3. 退院 4. 施設利用 5. 自主活動 (グループ活動・ボランティア・団体活動・会合参加等) 6. 買い物・スポーツ・趣味・娯楽・行楽 等 7. その他 ( )
車いす利用の 有 無	1. 車いすを使用する (本人所有・他) 2. 使用しない 3. その他 ( )
特記事項	

# 福祉自動車借受誓約書

利用登録者である私は、福祉自動車の利用に当たり、借受期間中に生じた事故等については、貴市ご加入の保険の範囲内の補償が受けられる以外は、運転者及び同乗者に補償を求め、または、貴市に対し、同乗者はもとより運転者、家族におきましても事故等に関わる貴市ご加入の保険補償以外の一切の補償の申し出等を行わず、事故後の処理についても借受者側で誠意をもって対処することを誓約いたします。

また、福祉自動車に損害を与えた場合は、貴市の規定及びご指示のと通りの損害をお支払いいたします。

令和 4 年 5 月 20 日

原町市長 様

利用登録者

住 所 原町区本町二丁目 27 番地 押印してく

ださい↓



氏 名 南相 馬太郎 印

誓約確認者

(ご家族) 住 所 原町区本町二丁目 27 番地 押印してくだ

さい↓



氏 名 南相 馬市

印

続 柄 ( 子 )

(ご家族以外の方が運転する場合)

(運転者) 住 所 ※運転者が複数いる場合記入押印

氏 名 印

続 柄 ( )

↓該当番号を囲み、該当事項を記入してください

利用登録者の 身体状態等	1. <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険(認定なし・ <input checked="" type="checkbox"/> 要支援 1 級・要介護 ) ○障がい ( 手帳 級 ) 2. 寝たきり ( 寝たきりの時期: 年 月頃) 3. 障害区分 ( 認知・視覚・肢体・体幹・内部・知的・その他 )
主な利用目的	1. <input checked="" type="checkbox"/> 通院 2. 入院 3. 退院 4. 施設利用 5. 自主活動 ( グループ活動・ボランティア・団体活動・会合参加等 ) 6. 買い物・スポーツ・趣味・娯楽・行楽 等 7. その他 ( )
車いす利用の	1. <input checked="" type="checkbox"/> 車いすを使用する ( <input checked="" type="checkbox"/> 本人所有・他 ) 2. 使用しない

有 無	3. その他 ( )
特 記 事 項	市立総合病院の定期受診で使用したい 次回受診予定 7/1～