

(別紙 2)

距離制運賃	
距 離	運 賃
2 k mまで	¥400
4 k mまで	¥600
6 k mまで	¥800
8 k mまで	¥1,000
10 k mまで	¥1,200
12 k mまで	¥1,400
14 k mまで	¥1,600
16 k mまで	¥1,800
18 k mまで	¥2,000
20 k mまで	¥2,200
22 k mまで	¥2,400
24 k mまで	¥2,600
26 k mまで	¥2,800
28 k mまで	¥3,000
30 k mまで	¥3,200
32 k mまで	¥3,400
34 k mまで	¥3,600
36 k mまで	¥3,800
38 k mまで	¥4,000
40 k mまで	¥4,200
42 k mまで	¥4,400
44 k mまで	¥4,600
46 k mまで	¥4,800
48 k mまで	¥5,000
50 k mまで	¥5,200
52 k mまで	¥5,400
54 k mまで	¥5,600
56 k mまで	¥5,800
58 k mまで	¥6,000
60 k mまで	¥6,200
62 k mまで	¥6,400
64 k mまで	¥6,600
66 k mまで	¥6,800
68 k mまで	¥7,000
70 k mまで	¥7,200
72 k mまで	¥7,400
74 k mまで	¥7,600
76 k mまで	¥7,800
78 k mまで	¥8,000
80 k mまで	¥8,200
82 k mまで	¥8,400
84 k mまで	¥8,600
86 k mまで	¥8,800
88 k mまで	¥9,000
90 k mまで	¥9,200
92 k mまで	¥9,400
94 k mまで	¥9,600
96 k mまで	¥9,800
98 k mまで	¥10,000
100 k mまで	¥10,200
以後、2 k mを超えるごとに200円加算	

+

+

+

新得町社会福祉協議会 福祉有償運送料金表

登録料	
料 金	¥3,000
登録の日から当該年度の3月31日まで	

時間制運賃（待ち時間）	
時 間	料 金
14分まで	¥300
29分まで	¥600
44分まで	¥900
59分まで	¥1,200
1時間14分まで	¥1,500
1時間29分まで	¥1,800
1時間44分まで	¥2,100
1時間59分まで	¥2,400
※ 以後、15分を超えるごとに300円加算。	

院内等介助料 （介護保険外サービス）	
時 間	料 金
14分まで	¥500
29分まで	¥1,000
44分まで	¥1,500
59分まで	¥2,000
1時間14分まで	¥2,500
1時間29分まで	¥3,000
1時間44分まで	¥3,500
1時間59分まで	¥4,000
※ 以後、15分を超えるごとに500円加算。	
※ 院内等介助の申込をされた場合、待ち時間料金は発生しない。	

迎車回送料金 （入退院時等の片道のみ）	
距 離	料 金
新得町内	無料
新得町外	¥1,000

様式第1号

会 長	事務局長	事務局

令和 年 月 日

新得町社会福祉協議会福祉有償運送事業利用登録書

新得町社会福祉協議会長 様

申請者	住 所	
	氏 名	
	電話番号	

新得町社会福祉協議会福祉有償運送事業実施要綱第4条に基づき、サービスを利用したいので、下記のとおり申し込みます。

対 象 者	住所		生年月日	年 月 日
	氏名		電話番号	
病院及び主治医				
既 往 歴				
利 用 す る 主 な 目 的	1. 通 院 () 2. 施設利用 () 3. 入 退 院 () 4. そ の 他 ()			
身体の状況及び 特 記 事 項				
同居家族・介助人 の状況	氏名	続柄	緊急連絡先	備考
事務 処 理 欄	<p>可 ・ 否 ()</p> <p>↓</p> <p>【該当事由】</p> <p>「新得町福祉有償運送対象者の基準」</p> <p>① ・ ② ・ ③ ・ ④ に該当</p>			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">受 付 者 印</div>				

様式第2号

念 書

この度、申し込みしました福祉有償運送事業について、移送希望者の健康管理は本人並びに家族において責任を持って行います。また、サービス開始からサービス終了後にどのような事態が生じても、一切異議申し立ていたしません。

令和 年 月 日

社会福祉法人 新得町社会福祉協議会長 様

(本人)

住 所：_____

氏 名：_____

(家族代表・介護人)

住 所：_____

氏 名：_____

(本人との続柄： _____)

様式第3号

会 長	事務局長	事務局

令和 年 月 日

新得町社会福祉協議会 福祉有償運送使用申請書兼誓約書

新得町社会福祉協議会長 様

申請者	住 所	
	氏 名	
	電話番号	
	緊急連絡先	
	利用者との関係	

新得町社会福祉協議会福祉有償運送事業実施要綱第7条に基づき、サービスを利用したいので、下記のとおり申し込みます。(※ 太線の部分のみ記入)

利 用 者	住所		生年月日	年 月 日
	氏名		電話番号	
利 用 日 時	年 月 日（ ） 時 分から 年 月 日（ ） 時 分まで			
利 用 の 目 的	1．通 院 2．施設利用 3．入退院 4．そ の 他（ ）			
行 き 先				
介 護 者	氏名		利用者との関係	
使用に関する誓約書	福祉有償運送サービス利用にあたり、新得町社会福祉協議会福祉有償運送事業実施要綱について説明を受けましたので、要綱内容誓約の上、利用します。 <div style="text-align: right;">氏 名：_____</div>			

受 付 者	
-------	--

運転予定者	
-------	--