

(別紙2)

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

+

+

+

以後、2 kmを超えるごとに200円加算

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	可・否() ↓ 【該当事由】 「新得町福祉有償運送対象者の基準」 ①・②・③・④に該当			
受付者 (印)				

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			
行 き 先						
介 護 者	氏名		利用者との関係			
使 用 に 關 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。 氏名: _____					

受付者	
-----	--

運転予定者	
-------	--