

## 旅 客 の 名 簿

（福祉有償運送用）

自家用有償旅客運送者の名称：

番号	氏 名	住 所	入 会 年月日	運送を必要とする理由				備考
				イ	ロ	ハ	ニ	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

イ 身体障害者

ロ 要介護認定者

ハ 要支援認定者

ニ その他（肢体不自由、内部障害、精神障害、その他の障害）