

(様式第1号)

会長	事務局長	課長	係

※受付番号	
-------	--

## 移送サービス利用申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人 養父市社会福祉協議会長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

電 話 \_\_\_\_\_

私は、移送サービスを利用したいので次のとおり申請します。 (※太枠内のみ記入してください)

利用者	ふりがな 氏名			男・女	生年月日	大正・昭和・平成	
	住所	養父市 ( ) 区		電話	年 月 日生		
	身体状況	要介護	要支援 (1・2)		要介護 (1・2・3・4・5)		
	障害者手帳	1種 2種	1級 2級 3級	4級 5級 6級			
病院及び主治医							
既往歴							
車いすの種類等		1. 車いす 2. リクライニング車いす	⇒	所有	1. 本人 2. 社協	備考	
利用する目的		1. 通院 (病院名 ) 2. 施設利用 (施設名 ) 3. 入退院 (病院名 ) 4. その他 ( )					
身体の状況及び特記事項							
介助者	氏名			男・女	利用者との続柄		
	住所			電話			
同居家族の状況	氏名	性別	年齢	続柄	備考		
緊急連絡先	氏名			利用者との続柄			
	住所			電話			
<input type="checkbox"/> 判定委員会 ⇒ 可・不可		居宅介護支援事業所名及び担当ケアマネジャー					
<input type="checkbox"/> 登録料 ( 月 日) 領収		<input type="checkbox"/> 決定通知書発行 ( 月 日)					

※ご記入いただいた個人情報は、利用目的以外は使用いたしません。