

(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 年 月 日生	
	住所	養父市 (区)		電話			
	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。