

様式第1号

外出支援サービス利用申請書

令和 年 月 日

永平寺町長 殿

住 所 永平寺町

申請者 氏 名

印

電 話

—

令和 年度における外出支援サービスを希望しますので、関係書類を添付して下記により申請します。

記

| | | | | | | |
|------------------------|--|--|----|----------------|----|-----|
| 対 象 者 | 住 所 | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | |
| | 生年月日 | | 年齢 | 歳 | 性別 | 男・女 |
| 移送サービスの必要な理由 | 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 身障 1・2 75歳以上 その他() 認定期間(年 月 日 ~ 年 月 日) | | | | | |
| 利用予定サービス内容 | 1. 医療機関送迎(病院名) | | | | | |
| | 2. その他(場所、施設名) | | | | | |
| 介護者の有無 | 1. 有(人) 2. 無 | | | | | |
| 家族同乗者 | 1. 有(人) 2. 無 | | | | | |
| 部屋から玄関先までの移動についての介助の有無 | | | | 1. 有 2. 無 | | |
| 年間利用予定回数 | 回 (但し、月4回まで最高48回) | | | | | |
| 介護(助)状況 | 1. 車椅子利用者 有・無 2. ストレッチャー利用者 | | | | | |
| 備 考 | | | | | | |

身体障害者の場合は、身体障害者手帳のコピーを添付すること。

要介護認定、要支援認定度を役場において確認されることに同意いたします。

令和 年 月 日

氏 名

印