

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