

# 移送サービス事業申請書兼登録書

平成 年 月 日

社会福祉法人  
六戸町社会福祉協議会長 殿

住 所 六戸町大字 \_\_\_\_\_

世帯主氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

移送サービス事業を利用したいので、下記のとおり申請し登録します。

### 記

移送サービス利用者	氏 名		性 別		生 年 月 日		
			男 ・ 女		明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)		
利 用 目 的	通院・退院・その他 ( )			付添者の有無	有 ( ) ・ 無		
利 用 計 画	月 日から利用希望			利 用 頻 度			
利 用 経 路	出 発 地			行 き 先			
身 体 状 況	寝たきり ・ 車いす移動可						
車椅子の有無	有 ・ 無 ※無の場合→社協所有 (自走式・リクライニング式)						
同 居 家 族 の 状 況	氏 名		続 柄	年 齢	氏 名		続 柄
			本人				
申 請 区 分	介護保険 (下記へ) ・ 身体障害者手帳 ( 種 級)						
介 護 認 定	要介護 ( ) ・ 申請中		居宅介護支援事業所				

※ 利用にあたり、移送車輛到着時に出発できるよう身支度の準備は家族等が行なうようお願いいたします。

事務局記入欄	会員の有無	会員・非会員 ( )					
決 定 年 月 日	決 裁	事務局長	事務局次長	係長・管理者	職 員		
平成 年 月 日							