

吉備中央町福祉移送サービス登録申請書

年 月 日

吉備中央町長 殿

申請者 住所 吉備中央町 番地  
氏名 (印)

次のとおり吉備中央町福祉移送サービス事業登録を申請します。

登録対象者	ふりがな					電話番号		
	氏名					—		
	住所	吉備中央町				番地		
	生年月日	M・T・S・H	年	月	日	性別	男・女	
サービスを必要とする理由	-----							
希望回数	月		回程度					
希望外出先								
緊急連絡先 続柄( )	氏名				電話番号	( )	—	
	住所	〒 —						
該当に○		一人暮らし高齢		高齢者世帯		精神障害者		人工透析治療者
介護認定の有無	有・無	介護度	要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5			
身体障害者手帳	級		自家用自動車	有・無	車椅子使用	有・無		
知的障害者・療育手帳	A・B							

承諾書

私は、吉備中央町福祉移送サービス事業の利用に際し、不測の事故が生じた場合の補償については本事業に対する保険の範囲内であることを承諾します。また、本事業実施者に必要な情報を提供することに同意します。

住所：吉備中央町 \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ (印)

1, 登録対象者の状況

<p>①現在かかっている病気がある ②持病がある</p>	<p><input type="checkbox"/>ない      <input type="checkbox"/>ある(通院はしている) <input type="checkbox"/>ない      <input type="checkbox"/>ある( )</p>
<p>①歩行のための補装具 ②自動車の乗降 ③支払・買い物等 ④電話 ⑤外出時に必要な器具等</p>	<p><input type="checkbox"/>必要ない      <input type="checkbox"/>必要( ) <input type="checkbox"/>一人でできる      <input type="checkbox"/>介助が必要 <input type="checkbox"/>一人でできる      <input type="checkbox"/>介助が必要 <input type="checkbox"/>一人でかける      <input type="checkbox"/>介助が必要 <input type="checkbox"/>必要ない      <input type="checkbox"/>必要( )</p>
<p>①家族構成 ①一般の交通機関の利用 ②身体的理由で自家用車の移送 ③自家用車の所有 ・ありの場合     i 自分で運転     ii 家族の送迎</p>	<p><input type="checkbox"/>一人暮らし      <input type="checkbox"/>高齢者世帯      <input type="checkbox"/>その他( ) <input type="checkbox"/>困難である      <input type="checkbox"/>利用はできる <input type="checkbox"/>困難である      <input type="checkbox"/>可能である <input type="checkbox"/>なし      <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>困難(危険)である      <input type="checkbox"/>可能である <input type="checkbox"/>不可能(昼間は不在)      <input type="checkbox"/>可能である</p>

2, 自宅周辺略図