

社会福祉法人金ケ崎町社会福祉協議会長 殿

外出支援 (福祉有償運送) サービス 利用者登録申請書

外出支援 (福祉有償運送) サービスを受けたいので、誓約書を添えて次のとおり申請します。

ふりがな 氏 名	印 (男・女) M.T.S 年 月 日		
住 所	金ケ崎町	自宅電話 — —	
担当者 (居宅介護支援 事業所等)	氏 名 連絡先住所: 連絡先電話: — —		
利用者 該 当 区 分	該当するものを○で囲んでください。 1 身体障害者福祉法第 4 条に規定する身体障害者 () 級 2 介護保険法第 19 条第 1 項に規定する要介護認定者 (要介護 1・2・3・4・5) 3 介護保険法第 19 条第 2 項に規定する要支援認定者 (要支援 1・2) 4 その他 (肢体不自由・内部障害・知的障害・精神障害・その他障害)		
現病歴			
主 な 利 用 目 的	1 通院 (病院名: 利用日: 回/毎週 曜日・ 日) 2 入退院 () 3 その他 ()		
使 用 機 器	1 ストレッチャー 2 車いす (本人所有・社協所有) 3 その他 (歩行器・杖歩行・) 4 使用しない		
介護者	1 社会福祉法人金ケ崎町社会福祉協議会のホームヘルパー 2 家族等 (ストレッチャー等を使用しての介護ができること) 3 1、2 以外のホームヘルパー 4 な し その他理由 []		
	ふりがな 氏 名	利用者との関係 () 男・女 (歳)	
緊急時 連絡先	ふりがな 氏名	利用者との関係 () 男・女 (歳) (自宅電話番号 — —) (携帯電話 — —) (勤務先) (勤務先電話 — —)	
注意事項	①病気その他健康上等の理由により、外出支援サービスを利用しない場合は、事前に報告すること。②車の事故の場合は、車の保険により保障はされますが、事故の内容により保険が適用されない場合は、個人負担になります。		
ADL 状況	移動(歩行)	可・介助・不可 ()	家族構成
	排泄	可・介助・不可 ()	
	着替え	可・介助・不可 ()	
	整容	可・介助・不可 ()	
	四肢機能	問題 有・無 ()	
	視力	問題 有・無 ()	
聴力	問題 有・無 ()		
交通機関利用	問題 有・無 ()		
家族送迎	問題 有・無 ()		
総合判断	承認: 可・不可	コメント:	