

移送サービス利用申請書

令和 年 月 日

		聞き取り者名 (ケアマネ・相談員等)		
		所 属		
フリガナ				M・T・S・H・R
利用者名				生年月日 年 月 日生
住 所	鹿角市(花輪・十和田・尾去沢・八幡平)		電話番号	
			自治会名	
病 名				身障手帳 有 ・ 無 (種 級)
医療機関名			通院日 ・ 時間帯	_____ヶ月に _____回程度 _____曜日 ・ 曜日不定 (※.移送車の利用は月二回程度)
科 名				時 分ころ～ 時 分ころまで
歩 行 等 の 動 作				車イス利用 可 ・ 不可
介 護 者 名 (付添者)	◆主な介助者名 () 続柄 () ◆その他の場合 ()			
移 送 形 態	<input type="checkbox"/> 自宅 ～ 病院 ～ 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅 ～ 病院 () <input type="checkbox"/> 病院 () ～ 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 () ～ 病院 ()			
今 ま だ の 移 送 手 段	1. タクシー 2. 家族 3. バス・電車等 4. その他 ()		特記事項	※ 利用料金について (実情をお知らせください) 1. 負担できる (1回 円程度) 2. 負担できない