**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** |  | **生年月日** | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ年　　月　　日生 |
| **利用者名** |  |
| **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** | あああヶ月に　　回程度あああ曜日 ・ 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 |
|  |
|  |
|  |
| **動　　　作** |  | **車イス利用** | 可　・　不可 |
| **（付添者）** | 　◆主な介助者名　（　　　　　　　　　　）　　続柄（　　　　　）　◆その他の場合　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □　自宅　～　病院　～　自宅□　自宅　～　病院（　　　　　　　　　）□　病院（　　　　　　　　）　～　自宅□　病院（　　　　　　　　）　～　病院（　　　　　　　　） |
|  | 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 |