**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 | | |