

年 月 日

障害者移送サービス事業利用申請書

様

(申請者) 住所

氏名

利用者との続柄

電話

鹿角市障害者移送サービス事業実施要綱第6条の規定により下記のとおり申請します。

利用者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所			連絡先(電話番号)
身体障害者 手帳	(種 級)	障害名	療育手帳	A ・ B
精神保健 福祉手帳	(種 級)		特定疾病	病名
医療機関名			科名	
歩行等の動作	可 ・ 不可		車椅子利用	可 ・ 不可
介護者名 (付添者)	<input type="checkbox"/> 主な介助者名 () 続柄 () <input type="checkbox"/> その他の場合 ()			
申請する支援 の内容・期間	移送サービス	利用期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
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 ()			
その他				