

(様式第2号)

令和 年 月 日

社会福祉法人遠野市社会福祉協議会長 殿

申請者 住所
電話
氏名

(本人との続柄)

印

移送サービス申請書

移送サービスを受けたいので、確約書を添えて次のとおり申請します。

利用者本人	氏名		性別		年齢		登録番号	
	住所				電話番号			
	健康状態					介護度		
	障害程度					被保険者番号		
	使用福祉機器	車イス ⇒ 1、自分のを使用 2、社協のを使用 3、使用しない						
		ストレッチャー ⇒ 1、使用する 2、使用しない						
介護者	氏名			生年月日				
	住所			電話番号				
	氏名			生年月日				
	住所			電話番号				
利用日時	令和 年 月 日(曜日) 時 分 ~ 時 分							
迎えに行く時間・場所	時 分までに 自宅 ~							
行き先								
要件・目的								

受付年月日

会長	常務理事	事務局長	課長	主査	主任	職員	担当者

上記申請に対し、移送サービスを実施してもよろしいか伺います。

移送サービス利用登録

		登録番号				
		登録年月日				
フリガナ 氏名	印	男 女	生年 月日	明・大・昭	年 月 日生	
住所	遠野市			電話番号		
区分	1 身体障害（障害名： 等級： 種 級） 2 寝たきり老人（寝たきりになった時期： 年 月頃） 3 その他（ ）					
主 な 利用目的	1 通院（病院名： ） 2 入退院（病院名： ） 3 入退所（病院名： ） 4 諸会合への参加（行事名等： ） 5 公共機関等での手続き（ ） 6 その他（ ）					
使用機器	1 車イス（本人所有・社協所有） 2 ストレッチャー 3 電動車イス（本人所有） 4 その他 5 使用しない					
介 護 者 の 有 無	1 いる 2 いない（ボランティア対応必要）					
介 護 者	フリガナ			男	利 用 者	
	氏 名			女	と の 関 係	
	住 所			電 話 番 号		
緊 急 時 連 絡 先	氏 名	性 別	年 齢	続 柄	勤 務 先	電 話 番 号
特記事項						
担当民生委員氏名				電話番号		

確 約 書

令和 年 月 日以降移送サービスを受けるにあたり、
移送サービス実施中又は実施後に生じた症状などの急変については、
当方で一切の責任を負うことを確約いたします。

令和 年 月 日

申請者 住所 遠野市

氏名 印

(移送対象者との続柄:)

社会福祉法人遠野市社会福祉協議会

会 長 臼 井 悦 男 殿

外出支援サービス事業
移送サービス事業

利用料金自動払込依頼書

利用者状況

利用者氏名	フリガナ ()
被保険者番号	
住所	
電話番号	
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> デイサービス (ふれあいホーム) <input type="checkbox"/> ショートステイ上郷 <input type="checkbox"/> 訪問介護 (ヘルパーステーション) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (ヘルパーステーション) <input type="checkbox"/> 訪問看護 ()

介護保険サービス利用料金の支払い口座

契約者氏名	フリガナ ()
利用者との続柄	
金融機関	<input type="checkbox"/> 郵便局
	<input type="checkbox"/> 銀行 支店
	<input type="checkbox"/> 信用金庫 支店
	<input type="checkbox"/> 組合 支店

上記の指定金融機関より、外出支援サービス事業、移送サービス事業利用料金の支払いをいたします。

令和 年 月 日

社会福祉法人遠野市社会福祉協議会

会長 臼井悦男 様

契約者氏名

印