

年 月 日

## 大江町高齢者等移送支援事業利用登録申請書

大 江 町 長 殿

大江町高齢者等移送支援事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

申請者	フリガナ		生年月日	大正 昭和	年	月	日
	氏名						
	居住地	〒 大江町大字  電話番号					
身体障害者手帳	等級	級	障害名				

他のサービス利用の状況	介護保険	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 ( ) ・要介護 1 2 3 4 5							
		利用中のサービスの種類と内容等										
移送サービスの内容等	障害福祉サービス	障害支援区分	有・無	区分	1	2	3	4	5	6	有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容等										
移送サービスの内容等	身体介護の有無	<input type="checkbox"/> 身体介護有り <input type="checkbox"/> 身体介護無し										
	内 容											
	医療器具等利用の有無	<input type="checkbox"/> 医療器具等の利用有り <input type="checkbox"/> 医療器具等の利用無し										

※「内容」欄については、主な行き先や用務、利用頻度等を記入してください。

※「医療器具等利用の有無」については、移送の際、痰吸引装置等の医療器具が必要な場合、又は看護師の同行が必要な場合、医療器具等の利用有りに☑を付けてください。