

移送サービス利用登録申込書

下記のとおり、移送サービスの利用登録を申し込みます。

利用者	フリガナ				明治・大正・昭和・平成
	氏名		性別 男・女	生年月日	年 月 日(満 歳)
	住所	〒572- 寝屋川市 ※マンション・アパート等の場合は名称、部屋番号もご記入ください			
	電話番号	072-		携帯電話	
介助者	同乗者 介助者		続柄	電話番号	携帯番号
	同乗者 介助者		続柄	電話番号	携帯番号
申込理由	移送サービスが必要な理由 (※必ずご記入ください) 身体状況等				
身体状況等	障害者手帳及び 要介護認定等の 状況	1. 身体障害者手帳 (第 種 級) 【障害名および等級】・ (級) ・ (級) ・ (級) ・ (級)			
		2. 療育手帳 (A ・ B1 ・ B2)			
	※該当書類のコピー 添付 (診断書は3か月以内)	3. 精神障害者保健福祉手帳 (1級 ・ 2級 ・ 3級)			
	4. 要介護認定 (要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5) 5. その他 (診断書提出)				
歩行状況	1. 車イス利用 2. 杖歩行 3. その他 ()				
現在通院している 病院等	病院名等: 住所・電話番号:				
家族構成	氏名	続柄	生年月日	職業	連絡先
利用登録の申込に来られた方 申込者本人 / その他 (住所・氏名・連絡先をご記入ください)					
住所					
氏名					
連絡先					
申込日: 平成 年 月 日 ()			初回利用予定日:平成 年 月 日 ()		

※ご記入いただきました事項につきましては、移送サービス事業以外の目的に使用することはいたしません。
 ※「誓約書」は裏面にありますので、裏面も記入してください。 (平成28年4月改正)

誓 約 書

寝屋川市社会福祉協議会の移送サービス事業の利用登録を行うにあたり、同事業の約款を遵守して利用することを誓約します。

(宛先)

寝屋川市長

寝屋川市社会福祉協議会長

平成 年 月 日

申込者（利用者） 住所.....

氏名 _____ 印

家 族 住所.....

氏名 _____ 印

決 裁	常務理事	事務局長	次長	地域福祉 課 長	地域福祉 係 長	主 査	担 当	担 当