

〇〇年〇〇月〇〇日

潮来市長 様

住 所 潮来市潮来〇〇番地

申請者 氏 名 潮来 太郎

印

電 話 0299-〇〇-XXXX

潮来市外出支援サービス事業利用申請書

潮来市外出支援サービス事業を利用したいので、下記のとおり申請いたします。

記

利用者	住 所	潮来市辻〇〇番地		電話	0299-〇〇-XXXX
	氏 名	潮来 花子	男 女	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳)
介助者	住 所	潮来市辻〇〇番地		電話	0299-〇〇-XXXX
	氏 名	潮来 一郎	男 女	利 用 者 との関係	夫
利用の 内 容	希 望 車 種	1. 移送サービス用車両 2. 外出支援タクシー			
	送 迎 場 所 (事業所及び医療機関名)	※鹿行管内の病院等になります			
民 生 委 員 記入欄	利用者の状況を記入 (例) 妻と二人暮らしの老夫婦世帯であり、下肢不自由のため通院することが困難です。車椅子に乗ることはできますので、移送サービス用車両の利用が必要です。 また、下肢が不自由なため災害時の避難には車椅子と介助が必要です。 〇〇 地区民生委員氏名： 〇〇 〇〇 印				

※ 裏面の『外出支援サービス事業利用のためのチェック項目』を記入願います。

外出支援サービス事業利用のためのチェック項目

確認日： 〇〇年〇〇月〇〇日

1	利用者名	潮来 花子		主介護者	潮来 一郎(夫)	
2	住 所	潮来市辻〇〇番地		電話番号	0299-〇〇-××××	
3	既往歴	〇〇病				
4	現病歴	××病、□□症				
5	要介護認定	はい・いいえ		要支援・1・2・3・4・5・申請中		
6	これまでの通院頻度	1ヶ月に 2 回		透析：週 回、時間 ~		
7	これまでの通院手段	自家用車				
8	移動方法	歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー				
9	移動状況	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助				
10	移乗状況	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助				
11	座位保持	自立 ・ 支え必要 ・ 全介助				
12	座位可能時間	30 分				
13	体調不良	座位時： ある ない		車乗時： ある ない		
14	体調不良の頻度等					
15	特記事項	送迎場所：〇〇病院(鹿行管内の病院) ・ 移動はすべて車椅子を使用し、歩行は介助がないとできない。 ・ 利用者の状態が分かる方に確認してもらってください。				

確認者： 〇〇 〇〇