

(様式第1号)

# 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 女	利用者 との関係
	氏名					
	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	

(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

住所  
電話  
氏名

印

(本人との続柄 )

## 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 へ				
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。

# 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 小 友 善 衛 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 小友善衛 様

契約者氏名 \_\_\_\_\_ 印