

福祉有償運送サービス会員申込書

伊根町社会福祉協議会（令和4年6月 改訂）

利用者名	住所	伊根町字 (ふりがな)	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日
	氏名		年齢	歳	性別	男・女	
			世帯区分	高齢者世帯・一人暮らし・その他			
	電話番号	()	世帯主名				
緊急連絡先	氏名		利用者との続柄				
	住所		連絡先				
利用区分	介護認定	要支援(1. 2) 要介護(1. 2. 3. 4. 5)		(担当ケアマネジャー)			
	障害手帳	身体 精神 知的	種 級	(担当相談支援専門員)			
	診断書	(病名)	(主治医)				
身体状況	歩行状態	・ 一人で歩くことができる ・ 杖や老人車等の補助具や、介助があれば歩くことができる ・ 歩くことができない					
	車いす要件	車いす対応車両が(必要・不要)、車いすを所持して(いる・いない)					
	意思疎通	・ 問題なく会話できる ・ 配慮があれば会話できる(必要な配慮:) ・ 会話できない(意思疎通できない)					
	治療中の病 気	・					
	その他	・ 特記事項:					
主な利用目的	・ 通 院(主な病院名:) ・ 買い物 ・ その他()						
サービスの利用状況	・ 長寿苑() ・ おきなぎの家 ・ 伊根の里 ・ その他() ・ 訪問看護ステーション ・ デイサービス楓 ・ 社 協()						

社会福祉法人 伊根町社会福祉協議会長 様

事業内容を守り、上記のとおり福祉有償運送サービスの会員として申し込みます。

令和 年 月 日

会長	局長	担当者

申込者 _____ (印)