

# 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  
(H28.1改)

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	
	電話番号	( )	世帯区分	高齢者世帯・一人暮らし・一般世帯			
緊急連絡先	氏名		利用者 との続柄				
	住所		連絡先				
利用区分	※利用者の区分については○、又は必要な箇所にご記入下さい。 介護保険被保険者証や障害者手帳が無い方は、医師の診断書が必要となります。						
	介護認定	要介護 (1. 2. 3. 4. 5) 要支援 (1. 2)	担当ケア マネジャー				
	障害者	手帳 ( ) 級	診断書				
利用目的	※利用目的に○をしてください。通院等は病院名をご記入下さい。						
	<ul style="list-style-type: none"> <li>通院 (主な病院名: )</li> <li>買い物 ・ 手続き</li> </ul>						
介護 サービス等の 利用状況	※介護サービス等について利用があれば○をしてください <ul style="list-style-type: none"> <li>ホームヘルパー</li> <li>訪問看護</li> <li>デイサービス</li> <li>おきなぎ</li> <li>ショートステイ</li> <li>その他</li> </ul>						

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。

平成 年 月 日

申込者 \_\_\_\_\_ (印)

会長	局長	係