

移送サービス利用登録申請書

平成 年 月 日

社会福祉法人 城里町社会福祉協議会  
会 長 様

(申請者) 住 所 :

氏 名 : ⑥

連絡先 :

利用者との続柄 :

下記のとおり、移送サービスを利用したいので、城里町社会福祉協議会 福祉有償移送サービス事業運営規程に基づき、申請します。

記

利用者の状況	住 所	(〒 - ) 東茨城郡城里町		
	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏 名			
	生年月日	( T ・ S ・ H ) 年 月 日		年齢 歳
	電話番号			
	主治医連絡先			
	介護保険認定	要支援 ( 1 2 ) ・ 要介護 ( 1 2 3 4 5 )		
	身体状況	車イス ・ 杖歩行 ・ その他		
	障害者手帳	有 ( 級 ) ・ 無		
	障害名			
	その他の状況			
介 護 者 (添乗者)	住 所	(〒 - ) 東茨城郡城里町		
	氏 名			
	連絡先			
利用目的	福祉施設 ・ 公共機関 ・ 医療機関 ・ その他 ( )			
目 的 地	(名称)	(所在)		
備 考				

※ 申請時には、介護保険証または障害者手帳のコピーを添付して下さい。

個人情報提供同意書

有償移送サービスを受けるに当たって、申請書に記載した事項を、町および関係機関に公開・提供することに同意します。

氏名 ⑥

## 念 書

この度、申し込みをしました有償移送サービスについて、利用者の健康管理は、本人並びに家族において責任をもって行いますので、サービス中及びサービス利用後にどのような事態が生じても、一切異議申し立てはいたしません。

平成 年 月 日

社会福祉法人 城里町社会福祉協議会

会 長 上遠野 修 様

(本人)

住 所

---

氏 名

⑩

---

(家族代表)

住 所

---

氏 名

⑩

---

(本人との続柄: )