様式第１号（第９条関係）（様式　日本産業規格Ａ４縦型）

移送サービス利用申請書

令和　　年　　月　　日

　菊川市長　　長谷川　寬彦　宛

申請者　住　　所

氏　　名

対象者との続柄（　　　　）

電話番号　　　（　　　）

　移送サービスを利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏　名 | |  | | 生年月日 | 年　月　日（　　歳） |
| 住　所 | | 菊川市 | | 電話番号 | （　　） |
| 身体の  状況 | | 要介護度（　３・　４・　５　）　被保険者番号： | | | |
| 身体障害者（　１級・　２級　）  （　下肢機能障がい　・　体幹機能障がい　・　視覚障がい　） | | | |
| 移送を開始する年月 | | | | 令和　　　年　　　月　　　日　～ | | |
| 移送を予定する区間 | | | |  | | |
| 備考 | |  | | | | |

　この移送サービス利用に際し、介護保険法（平成９年法律第123号）に基づく介護保険要介護認定等申請書及び主治医意見書の内容を確認することに同意します｡

対象者氏名（自署）

　代筆者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄）

菊川市移送サービス事業対象者調査票

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | （男　・　女） | | | | 生年月日 | | Ｔ　・　Ｓ　　年  　　　　　　　　月　　日生 | | | |
| 住　所 | 菊川市 | | | | 電話番号 | |  | | | |
| 家族の状　況 | 氏　名 | | | 続　柄 | 住　所 | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | |
| 緊急連絡先 | | 氏　名 |  | | | | | 続柄 | |  |
| 住　所 |  | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | 携帯番号 | | |  | |

身体及び日常生活の状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日常生活自立度 | | 自立・Ｊ１・Ｊ２・Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・Ｃ２ | | |
| 認知症自立度 | | 自立・Ⅰ・Ⅱａ・Ⅱｂ・Ⅲａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ｍ | | |
| 歩行 | 杖なしで可・要支援( ) | | 視力 | 普通・　弱視・　全盲 |
| 食事 | ひとりで可・要支援( ) | | 聴力 | 普通・　やや難聴・　難聴 |

健康の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 現在の状態 |  |
| かかりつけ医 |  |
| 既往歴  (結核・肝炎含む) |  |
| 要介護度 | 要介護 　３　 ・　 ４ 　・　 ５ |
| 有効期間 | 年 月 日 ～ 　　 年 月 日 |

調査日　　　　　　　 調査機関　　□ 地域包括支援センター　氏名

令和 年 月 日　　　　 　□ 高齢者福祉係