

別 記

様式第 1 号(第 9 条関係)

白子町外出支援サービス事業利用申請書

年 月 日

白子町長 様

申請者 住所

氏名

印

白子町外出支援サービス事業実施要綱第 9 条の規定により、次のとおり申請します。

対 象 者	住 所		電 話	
	氏 名		年 月 日生 男・女	
対象者の状況	<input type="checkbox"/> 65歳以上の世帯員のみで構成されている世帯の者であって、次のいずれかに該当する者 1 介護保険（要介護 〃 要支援 〃 ） 2 身体障害者（障害名： 〃 種 〃 級） 3 その他（ 〃 ） <input type="checkbox"/> 腎臓機能障害で通院により人工透析療法を受けている者で、家族等による送迎ができない者			
	<input type="checkbox"/> 歩行 可（つえ 使用・不要 〃 ） ・ 不可 <input type="checkbox"/> 車いす 自走・要介助・電動			
緊急時の 連絡先	住 所		関 係	
	氏 名		電 話	
利 用 目 的	<input type="checkbox"/> 居宅と医療機関との間（ 〃 ） <input type="checkbox"/> 居宅と公共機関との間（ 〃 ） <input type="checkbox"/> その他（ 〃 ）			
利 用 施 設 等	1 施設名称 2 所在地			
利 用 期 日	年 月 日(複数回の場合 別紙でも可)			
添 付 書 類	1 誓約書 2 介護保険被保険者証・身体障害者手帳の写し 3 その他( 〃 )			
主 治 医	住 所		電 話	
	病 院		医師名	