

## 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	