

令和 年 月 日

令和 年度大山町外出支援サービス事業利用登録申請書

大山町長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

(対象者との続柄 _____)

電話番号 _____

大山町外出支援サービス事業を利用したいので、次のとおり申請します。

記

対 象 者	(1)氏 名	世帯主(_____)
	(2)住 所	大山町 _____ 電 話 _____
	(3)生 年 月 日	明治・大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (性別 男・女)
	(4)要 介 護 度	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	(5)障害者手帳	身体障害者手帳 1級・2級 (下肢機能障害3級・4級) ・療育手帳 ・精神障害者保健福祉手帳
申請理由 ※できる だけ詳しく ご記入 ください。	(現在の状況) <input type="checkbox"/> 自分で移動できる <input type="checkbox"/> できない (できない理由: _____) <input type="checkbox"/> 介助者が同行する (同行する理由: _____) <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車いす使用 (リクライニング・ストレッチャー) <input type="checkbox"/> 老人車使用 <input type="checkbox"/> 杖使用 (世帯の状況、通院先、回数ほか)	
ケアマネージャー等担当者名		

※「ケアマネージャー等担当者名」の欄は、ケアマネージャー等代理で提出される際にご記入ください。

※タクシー助成制度利用登録者はこの事業の登録をすることはできません。