

大山町長 様

申請者 住 所

氏 名 _____
 (対象者との続柄 _____)
 電話番号 _____

記

対 象 者	(1)氏 名	世帯主()		
	(2)住 所	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) □自分で移動できる □できない (できない理由:)			
	□介助者が同行する (同行する理由:)			
	□寝たきり □車いす使用 (リクライニング・ストレッチャー) □老人車使用 □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				

※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。

外出支援の情報提供書

利用者氏名	記入者氏名	
	記入年月日	

項目	状態	特記事項
送迎車種別	☐ ①小型乗用車（タント・ルーミー） ☐ ②軽バン（後部座席回転シート） ☐ ③車椅子対応車	
自宅の移動方法	☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ 老人車 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子自走	
付き添い、 介助者の有無	☐ あり ☐ なし ☐ 家族 続柄 () ☐ ヘルパー	
座席からの乗降	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助	
立ち上がり	☐ つかまらず可 ☐ 何かにつかまれば可	
病院内の移動方法	☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ 老人車 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子自走	
薬局への立ち寄り	☐ あり ☐ なし	
コミュニケーション	☐ 良好 ☐ やや困難 ☐ 難しい	

連絡事項	
------	--

【送迎車見本】

① 小型乗用車（タント・ルーミー）



② 軽バン（後部座席回転シート）



③ 車椅子対応車

