

移送サービス利用申請書

年 月 日

社会福祉法人

北名古屋市社会福祉協議会長 様

申請者 住 所

フリガナ
氏 名

電 話

F A X

利用者との続柄

下記のとおり、移送サービスの利用を申請します。

記

| | | | | | |
|-------------|--|---------------------------------|-------|--------------|-----|
| 利 用 者 | 対象区分に <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障害のある方 | | | | |
| | フリガナ 氏 名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 生年月日 | 性別 | |
| | | | 年 月 日 | 男・女 | |
| | 住 所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | | | |
| | | 北名古屋市 | | | |
| | 電話番号 | | FAX番号 | | |
| | 車椅子の使用 | 有 ・ 無 | | 介助者 (添乗者) | 有・無 |
| 移送先 | ※名称のみ記入、複数の場合は / で区切ってください | | | | |
| | 市内施設 | 名 称 | | | |
| | | 住 所 | | | |
| 電 話 番 号 | | | | | |
| 市外施設 | 名 称 | | | | |
| | 住 所 | | | | |
| | 電 話 番 号 | | | | |

| | | | | | |
|-----------------------|-----|--|------|--|-------------|
| 緊 急 連 絡 先 | 氏 名 | | 電話番号 | | |
| | 住 所 | | | | 利用者 との続柄 |

| | |
|-------|--|
| 社協記入欄 | <input type="checkbox"/> 移送先は社協若しくはもえの丘から直線距離で10 ^キ 圏内である。 |
|-------|--|