

申請受付票（移送サービス）

記入日	年 月 日 ()	記入者			
相談者	ふりがな				
	氏名（事業所名等含む）				
	対象者との続柄	電話番号			
利用者	ふりがな				
	氏名				
	状況等	◎介護保険： <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 自立 / 要支援1・2 / 要介護1・2・3・4・5 ◎状況： <input type="checkbox"/> ねたきり（移送への支障：有・無） <input type="checkbox"/> 認知症（移送への支障：有・無） ◎障害者手帳：身体 () 級 知的 () 級 精神 () 級 ◎その他： <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 母子父子 ()			
	市外移送先距離数	名称	直線距離数	キロ	
		名称	直線距離数	キロ	
移送中の注意点等	※ 特記すべきことがある場合は記入 ----- ----- -----				
申請時の他サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 牛乳無料配達利用		<input type="checkbox"/> 地域サロン		
	<input type="checkbox"/> デイサービス利用 ()		<input type="checkbox"/>		
車の乗降	可・不可（介助者氏名： 続柄：)				
家族構成	氏名	生年月日		続柄	備考
		T・S・H・R	年 月 日	世帯主	<input type="checkbox"/> 高齢・ <input type="checkbox"/> 障害
		T・S・H・R	年 月 日		<input type="checkbox"/> 高齢・ <input type="checkbox"/> 障害
		T・S・H・R	年 月 日		<input type="checkbox"/> 高齢・ <input type="checkbox"/> 障害
	T・S・H・R	年 月 日		<input type="checkbox"/> 高齢・ <input type="checkbox"/> 障害	
予約の連絡	本人・その他 ()		決定の連絡	本人・その他 ()	
車輦指定	無・有 ()		待ち合わせ場所		