

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：□未申請 □申請中 □ 自立 / 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5 ◎状 況：□ねたきり（移送への支障：有・無） □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：□独居 □生活保護 □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		□ デイサービス利用（ ） □		□ 地域サロン □			
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		□高齢・□障害	
			T・S・H・R	年 月 日			□高齢・□障害	
			T・S・H・R	年 月 日			□高齢・□障害	
			T・S・H・R	年 月 日			□高齢・□障害	
予約の連絡		本人・その他（ ）			決定の連絡		本人・その他（ ）	
車 輛 指 定		無 ・ 有（ ）			待ち合わせ場所			