

表

様式第1号 (第4条関係)

年 月 日

内子町移送サービス事業利用申請書

内子町長 様

	住 所	内子町
	行政区	
申請者 (介護者)	氏 名	
	利用希望者との続柄	同居・別居
	電話番号 ()	

内子町移送サービス事業実施要綱第4条第1項の規定により、次のとおり内子町移送サービス事業の利用を申請します。

利用希望者									
住 所	内子町		行政区			Tel			
氏 名						年	月	日生	
要介護度	4	5							
認定期間		年	月	日	～	年	月	日	

裏面に在宅高齢者調査票及び移送サービス確約書あり



在宅高齢者調査票

調査日： 年 月 日

歩行 (移動方法)	1 できない 独歩	2 つかまれば可 つたい歩き 杖	3 できる いざり 車椅子
座位	1 できない	2 支えがあれば可	3 できる
食事 (内容)	1 全介助 普通食	2 一部介助 軟食 流動食	3 自立 経管栄養 回/日
排泄	1 全介助 トイレ (和・洋) カテーテル	2 一部介助 ポータブル尿器	3 自立 おむつ
その他特記事項			
調査機関及び 調査員氏名			

確 約 書

年 月 日以降移送サービスを受けるに当たり、移送サービス実施中又は実施後に生じた症状の急変については、当方で一切の責任を負うことを確約いたします。

年 月 日

住 所 内子町

申請者 (介護者)

氏 名

移送対象者との続柄

内子町長

様