福祉輸送サービス利用登録申請書【新規・更新】

申請日：令和　　年　　月　　日

飯綱町社会福祉協議会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者：住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　（続柄　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利  用  者 | フリガナ |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 生年月日 | 大・昭・平　　　　年　　　　月　　　　日生　　（　　　　　歳） | | |
| 住所 | 飯綱町大字 | | |
| 電話 |  | | |
| 世帯主 | 氏名　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　）　＊社協会員確認のため | | |
| 緊急時の連絡先➀ | | 氏名　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　）　電話  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯 | | |
| 緊急時の連絡先➁ | | 氏名　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　）　電話  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯 | | |
| 旅客の範囲 | | □㋑身体障害者 □㋺精神障害者 □㋩知的障害者 □㋥要介護認定を受けている者  □㋣その他肢体不自由、内部障害、知的障害、精神障害その他の障害を有する者  □付添者 | | |
| 障害の区分 | | 障害の部位（□下肢障害　□視覚障害　□体幹機能障害）  身体障害者手帳　　　　種　　　　級 | | |
| 要介護状態 | | 要支援　１・２ | 要介護　１・２・３・４・５ | 日常生活自立度　Ａ・Ｂ・Ｃ |
| 移動状況及び原因 | | 移動状況：□歩行 □車椅子（□リクライニング） □ストレッチャー □２人介助 | | |
| と考えられる傷病 | | 原因と考えられる傷病： | | |
| と発生時期 | | 発生時期：　令和　　年　　月　　日～ | | |
| 移動状況に関する担当者（ﾌﾟﾗﾝﾅｰ・ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ）の意見 | |  | | |
| 担当者  □ﾌﾟﾗﾝﾅｰ  □ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ | | 事業所名 | | |
| 氏　　名 | | |
| 電　　話 | | |
| 利用内容 | | □　医療機関への通院等  □　在宅福祉サービス提供施設への通所又は入退所等  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 個人情報に関する同意について  　福祉輸送サービス事業の利用にあたり、利用者に関する情報を社会福祉法人飯綱町社会福祉協議会が関係機関に照会・提供することに同意します。 | | | | |

※添付書類：障害者手帳（身体障害者・療育・精神障害者保健福祉）・介護保険被保険者証・障害福祉サービス受給者証の写し

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2025版