

会 長	事務局長	次 長	係 長	係 長	係	合 議
事務局長専決						

利用者として決定してよろしいか

## 移送サービス利用申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人  
上土幌町社会福祉協議会 会 長 様

住 所 \_\_\_\_\_  
申請者 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
連絡先 \_\_\_\_\_

移送サービスを利用したく申請いたします。

### 1. サービス利用者

住 所 上土幌町字 \_\_\_\_\_ 線 \_\_\_\_\_ 番地 ( \_\_\_\_\_ 区)  
氏 名 \_\_\_\_\_  
性 別 \_\_\_\_\_ 男 \_\_\_\_\_ 女 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ 歳)  
電 話 \_\_\_\_\_

### 2. 現在の身体状況

<介護状況> 半身麻痺 ( 右 左 ) 移動時車椅子 常時車椅子 寝たきり  
<歩行状況> 介助があれば歩行できる 歩行できない  
<要介護度> 要支援 ( 1・2 ) 要介護 ( 1・2・3・4・5 )

### 3. 特記事項

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

移送サービスの利用に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、その利用者に係わる情報について、地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・居宅サービス事業者等において、サービスの実施に必要な範囲での関係者間で情報を交換、共有することに同意します。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 氏名 \_\_\_\_\_ (印)