

記入例

年 月 日

外出支援サービス事業利用登録（更新）申請書

伯耆町長 様

利用する本人の氏名を記入

申請者 住所 伯耆町 溝口 647
氏名 伯耆 太郎

外出支援サービス事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

記

対象者	ふりがな氏名	伯耆 太郎	性別	男	生年月日	大正・昭和・平成 10年10月10日
					年齢	85 歳
	住所	伯耆町 溝口 647 番地			電話番号	0859-62-0711
	要介護認定	要支援 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5				
	障害者手帳等	身体障害者手帳	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 級 (右下肢機能障害)			
		療育手帳	A ・ B			
		精神障害者保健福祉手帳	1 ・ 2 ・ 3 級			
	指定難病	疾病名:				
	身体状況	車椅子用車両 (必要・必要ない) 介助者 (必要・必要ない) 杖を使っでの歩行は可能だが、転倒のおそれがあるため車椅子を使用する。家族が付き添う。				
	介助者(予定)	伯耆 花子				
利用医療機関	医療機関名 (鳥取大学医学部付属病院)					
通院回数	4 回/月		生活保護	有 ・ 無		
緊急連絡先 ※携帯等、日中連絡のつくところを記入してください。	①	氏名 伯耆 次郎 続柄 子 住所 伯耆町溝口 647 電話 090-9999-9999				
	②	氏名 住所 送迎中の急変等で連絡しますので、可能な限り複数の緊急連絡先を記入してください。				
担当職員 ケアマネージャー 相談支援員	所属	〇〇〇〇相談支援センター				
	氏名	〇〇 〇〇	電話	0859-〇〇-〇〇〇〇		
備考	同意のチェックをお願いします。					
<input checked="" type="checkbox"/> 外出支援サービス事業利用のため、 範囲内で、介護関係機関及び福祉関係機関へ提供することに同意します。						

【添付書類】

- ・ 介護保険証、各種障害者手帳、指定医療費（指定難病）受給者証いずれかのコピー