

申請年月日	年 月 日	種別	高齢者・障害者
-------	-------	----	---------

紫波町長 様

申請者 (本人・家族等)	住所			
	氏名	印		
	電話	—	利用者との続柄	

### 外出支援事業利用申請書

外出支援事業を利用したいので、下記の事項を承諾した上で申請します。

利用者	住所	紫波町		電話番号	
	ふりがな			生年月日	性別
	氏名				
	状態	1 重度障害者 (身障手帳の障害名: ) 種 級) 2 車いす使用の高齢者 3 歩行困難者 (理由: )			
	車いす使用状況	常時使用・移動時使用	発作性疾患の有無	なし・あり (病名: )	
	利用目的	1 通院 (診療機関名: ) 2 入退院又は施設の入退所 3 その他 ( )			
	車いす	1 本人所有 (通常型・リクライニング型) 2 移送車備え付け (通常型・リクライニング型)			
	出入口	1 玄関 2 玄関以外 ( )	簡易スロープ	要・不要	
	利用希望	年 月 日から	付添人	なし・あり (氏名 )	
緊急時連絡先	氏名	年齢	続柄	勤務先	電話番号
※最低1人は記載のこと					
承諾して頂く事項	1 利用する場合は、利用日の3日前までに連絡すること。 2 緊急時や体調不良時の利用は行わないこと。 3 運転手に業務以外のことを申し付けないこと。 4 交通事故等による賠償範囲は、加入保険の限度額内であること。				

上記について、利用可 (不可) としてよろしいか。

《担当課決裁欄》

		・ ・			《紫波町社会福祉協議会》			
課長	室長	室員	担当	会長	事務局長	訪問介護所長	事務局員	担当