

(様式第1号)

年 月 日

大町市社会福祉協議会福祉輸送サービス  
利 用 会 員 登 録 申 請 書 (新規・更新)

大町市社会福祉協議会長 様

住所 \_\_\_\_\_  
申請者 氏名 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_

次のとおり福祉輸送サービスを受けたいので利用会員の登録について申請いたします。

利 用 者	ふりがな						性 別		
	氏 名						男 ・ 女		
	住 所	大町市 番地 ( )							
	連絡先	(電話) (緊急連絡先)							
	生年月日	昭 ・ 平 年 月 日 (満 歳)							
	障害等の状況	要介護度	□介護保険申請中 □更新申請中						
			要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)						
		障害者手帳	身 体	1種・2種	1級	2級	3級	4級	5級
			精 神		1級	2級			
		知 的	A1	A2	B1	B2			
車いすの種類等	車椅子・リクライニング		所 有 ( 1 本人 ・ 2 社協 )						
	その他 ( )								
車椅子への移乗	可 能 ・ 不 可 能 ( 介 助 者 )								
利用にあたっての 原因疾患	平成 年 月頃から( )								
その他、心身の状態等で特に留意する必要があるれば記入してください。									
利用している保 健福祉サービス	訪問介護 ・ 訪問看護 ・ 訪問入浴 ・ 訪問リハビリ ・ 通所介護 ・ 通所リハビリ ・ 療養通所介護 ・ その他( )								
サービス利用時の介助・付添人の氏名			続柄						
利 用 内 容	□通院 □入院 □退院 (病院名 )								
	□入所 □退所 (施設名 )								
	□買い物 □その他 ( )								
居宅介護支援事業所名									
担当介護支援専門員									

利用登録決定の際に必要なときは、要介護認定に係る調査の結果等について関係者に意見を求めることに同意します。  
大町市福祉有償運送運営協議会に福祉有償運送事業の実施に係る協議を申請するに当たり、私の福祉関係情報を閲覧することに同意します。

利用者又は申請者 \_\_\_\_\_

# 移送サービス利用者調査書

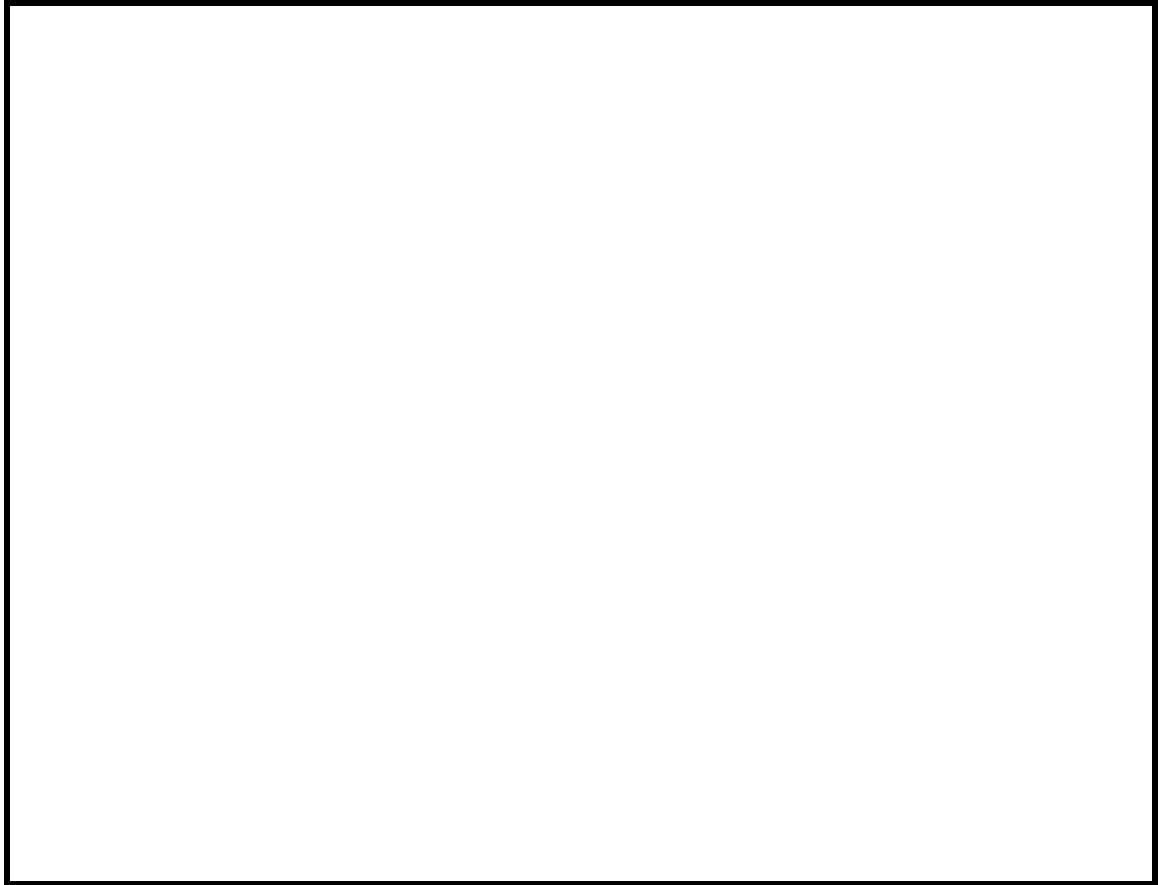
年 月 日

利用者氏名	男・女
生年月日	昭・平 年 月 日 (満 歳)
住 所	
電話 番号	(電話) (緊急連絡先)
介護者氏名	続柄
住 所	同居 ・ 別居
電話 番号	
緊急連絡先	電話番号

## 身体状況

日常生活自立度	
A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。
B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベット上の生活が主体であるが、座位を保つ。 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベットから離れて行う。 2. 介助により車いすに移乗する。
C	一日中ベット上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。 1. 自力で寝返りをうつ。 2. 自力で寝返りをうたない。
D	その他
原因疾患 平成 年 月頃から	
受診病院	病院 科 電話番号
	主治医
	利用している保健福祉サービス
移送時の留意点	
主な利用目的	
初回利用希望	月 日 時 ( → )
介助・付添い者氏名	続柄

## 利用者住宅地図



## 利用者と住宅の状況

車椅子借用	希望する ・ 希望しない
利用者の居室	1階 ・ 2階
玄関先段差	
介助者	
移送方法	