

令和 年度大山町外出支援サービス事業利用登録申請書

大山町長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(対象者との続柄 )

電話番号 \_\_\_\_\_

大山町外出支援サービス事業を利用したいので、次のとおり申請します。

記

対 象 者	(1)氏 名	世帯主( )
	(2)住 所	大山町 電 話
	(3)生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日 (性別 男・女 )
	(4)要 介 護 度	要介護 1・2・3・4・5
	(5)障害者手帳	身体障害者手帳 1級・2級 (下肢機能障害3級・4級) ・療育手帳 ・精神障害者保健福祉手帳
申請理由 ※できる だけ詳しく ご記入 ください。	(現在の状況) <input type="checkbox"/> 自分で移動できる <input type="checkbox"/> できない (できない理由: )  <input type="checkbox"/> 介助者が同行する (同行する理由: )  <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車いす使用 (リクライニング・ストレッチャー) <input type="checkbox"/> 老人車使用 <input type="checkbox"/> 杖使用 (世帯の状況、通院先、回数ほか)	
ケアマネージャー等担当者名		

※「ケアマネージャー等担当者名」の欄は、ケアマネージャー等代理で提出される際にご記入ください。

※タクシー助成制度利用登録者はこの事業の登録をすることはできません。

## 外出支援の情報提供書

利用者氏名	記入者氏名	
	記入年月日	

項目	状態	特記事項
送迎車種別	<input type="checkbox"/> ①小型乗用車（タント） <input type="checkbox"/> ②軽バン（後部座席回転シート） <input type="checkbox"/> ③車椅子対応車	
自宅の移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 老人車 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子自走	
付き添い、 介助者の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 家族 続柄 (      ) <input type="checkbox"/> ヘルパー	
座席からの乗降	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助	
立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらず可 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可	
病院内の移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 老人車 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子自走	
薬局への立ち寄り	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 難しい	

連絡事項	
------	--

### 【送迎車見本】

① 小型乗用車（タント）



② 軽バン（後部座席回転シート）



③ 車椅子対応車

