

豊中市高齢者外出支援（送迎）サービス事前登録申込書

豊中市長あて

〒



住所 _____

申込者 氏名 _____ 利用者との続柄 _____

電話 _____

高齢者外出支援（送迎）サービスを利用するために、次のとおり事前登録を申し込みます。本申込にあたり、登録完了後、サービスを利用する際には、家族等が利用者の健康状態を確認し、必ず付き添いすること、また、当事業受託法人へ申込内容等サービス利用に関する必要な情報を提供することに同意します。

(利用者基本情報)

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			
住所 (居住地)	〒 豊中市	(施設名:)	
連絡先	-	-	

(申込情報)

申込理由	下記のいずれかをお選びください。「その他」の場合、理由を記入してください。 <input type="checkbox"/> 家族等の介助があっても一般の交通機関等を利用することが困難なため <input type="checkbox"/> その他 ()		
健康状態	病名等、公共交通機関の利用が困難な理由		
身体障害者手帳所持	下記のいずれかをお選びください。「有」の場合、必要事項を記入してください。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → (級、障害名:)		
車椅子使用状況	下記のいずれかをお選びください。 <input type="checkbox"/> 屋内外で使用 <input type="checkbox"/> 外出時のみ使用 <input type="checkbox"/> 使用していない(歩行器等の使用含む)		
要介護度	下記のいずれかをお選びください。 <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請		
主な介護者及び緊急連絡先	ふりがな		利用者との続柄
	氏名		
必須	住所	〒	
	連絡先	自宅: - -	携帯: - -
受託事業者からの日程調整連絡先	下記のいずれかをお選びください。 <input type="checkbox"/> 「主な介護者及び緊急連絡先」と同じ <input type="checkbox"/> 異なるため、下記へ連絡してください		
	ふりがな		利用者との続柄
	氏名		
連絡先	自宅: - -	携帯: - -	

市役所処理欄

宛名番号		登録番号		備考	
------	--	------	--	----	--