様式第１号（第７条関係）

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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所　伯耆町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　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 | | |  | 性別 | |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 年齢 | 歳 |
| 住所 | | | 伯耆町　　　　　　　番地 | | | | 電話番号 |  |
| 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 （　　　　　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） | | | | | |
| 介助者（予定） | | |  | | | | | |
| 利用医療機関 | | | 医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 通院回数 | | | 回／月 | | | | 生活保護 | 有　・　無 |
| 緊急連絡先 | | | ① | 氏名　　　　　　　　　　　　　続柄  住所　　　　　　　　　　　　　電話 | | | | | |
| ② | 氏名　　　　　　　　　　　　　続柄  住所　　　　　　　　　　　　　電話 | | | | | |
| 担当職員  ケアマネ―ジャー  相談支援員 | | | | 所属  　氏名　　　　　　　　　　　　　電話 | | | | | |
| 備　　考 | | | |  | | | | | |
| □ | | 外出支援サービス事業利用のために提供した個人情報を本事業の目的達成に必要な範囲内で、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