

(様式1号)

上田市高齢者外出支援サービス申請書

年 月 日

(申請先) 上田市長

申請者 氏 名

利用者との続柄

住 所

電話番号

上田市高齢者外出支援サービスを受けたいので、次のとおり申請します。

太枠のみご記入してください。

フリガナ			
利用者氏名			
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女
住 所	上田市 電話番号		
申請理由			
当該サービス利用の決定にあたり、必要があるときは、私の身体状況、要介護認定、要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見等及び家族の状況について関係各所に照会し、調査することに同意します。 当該利用決定後、サービス事業者へ状況調査票及び利用証の写しを送付することに同意いたします。 本人氏名 印 *自署の場合は押印不要です			

※裏面も必ず記載ください。

利用者の状況調査票

※ この調査票は、外出支援サービスを提供する事業者に渡しますので詳しく記載してください。

希望移送区間	から	まで	およそ	Km
希望移送方法	車椅子・ストレッチャー・その他()			

介護保険	認定あり・なし	ありの場合 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
身体障害者手帳	あり・なし	ありの場合 種 級(障害区分)

お体の状況	麻 痺	ある・なし	※麻痺がある部位()		
	歩 行	できる・つかまればできる・杖等歩行・できない			
	視 力	見える・大きな文字なら何とか見れる・ほとんど見えない			
	聴 力	聞こえる・大きな声なら何とか聞こえる・ほとんど聞こえない			
	認知症状	ある・なし(症状:)			
	そ の 他				
玄関から乗車までの状況	段差の有無	ある・なし ※具体的に()			
	距 離	およそ m			
	地面の状況	舗装されている・砂利・その他()			
主治医	住 所				
	医療機関名	電話番号			
	受診状況	1月当・1週間当・その他		回	曜日
	現 病 名				
その他受診医	住 所				
	医療機関名	電話番号			
	受診状況	1月当・1週間当・その他		回	曜日
	現 病 名				
主な付添者	住 所				
	氏 名		続柄()	電話番号	
緊急時連絡先 (※1)	住 所				
	氏 名		続柄()	電話番号	
乗降時の介助者	付添者・ヘルパー・その他()				
その他特記事項					

(※1) 緊急時連絡先は、付添者以外の方をご記入ください。