

在宅通院支援事業利用登録申請書

年 月 日

北栄町長 様

申請者 住所 北栄町 _____

氏名 _____

代筆者氏名 _____

(申請者との続柄 _____)

下記のとおり、在宅通院支援事業の利用をしたいので申請します。

記

利用者	(フリガナ) 氏 名	(_____)	生年月日 (年齢)	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	
	住 所	北栄町			
	自 治 会		電話番号		
	要 介 護 認 定	事業対象者 ・ 要支援 1 2 ・ 要介護 1 2 3 4 5			
		有 効 期 間	~		
	障 害 者 手 帳	身体障害者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳			
		等 級	級 A ・ B	(_____) 障害	
		有 効 期 間	~		
	公 共 交 通 機 関 利 用 の 可 否	可 ・ 不可	運 転 免 許 証 所 有 の 有 無	有 ・ 無	
	身 体 状 況	1.ひとりで歩ける 2.杖 3.老人車 4.歩行器 5.車椅子(自走・介助) 6.その他(_____)			
通院状況 *利用医療 機関全て	利用医療機関名				
	通 院 回 数	合計	回 / 月		
	身体状況や認知症による付添い必要の有無	有 ・ 無			
申 請 理 由					
家 庭 の 状 況 (家族構成等)					
緊 急 連 絡 先 *日中繋がりがやすい 番号をお願いします	氏名	(続柄: _____)	電話番号		
	氏名	(続柄: _____)	電話番号		
担 当 職 員 ・ ケ ア マ ネ ジ ャ ー 等	氏名	所属(_____)			
備 考					



利用の決定・却下にあたり、利用者の「要介護・要支援の状態」「障害者手帳等の状況」を役場担当において調査することに同意します。 ※同意する場合左記欄にをお願いします。