

## 在宅通院支援事業利用登録申請書

令和 5 年 10 月 1 日

北栄町長 様

必ず本人氏名

※代筆の場合は

代筆者氏名等記入

申請者 住所 北栄町 由良宿 4 2 3 番地 1

氏名 北栄 太郎

代筆者氏名 倉吉 蔵助

(申請者との続柄 担当ケアマネジャー )

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

(フリガナ) 氏 名	( ホ ク エ イ タ ロ ウ ) 北栄 太郎	生年月日 (年齢)	大正・昭利・平成 11年 11月 11日 ( 86 歳)	
住 所	北栄町 由良宿 4 2 3 番地 1			
自 治 会	由良宿 1 区	電話番号	0858-37-3111	
事業対象者	・ 要支援 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2	・ 要介護	1 2 3 4 5	
有効期間	R4.10.1~R7.10.31			
身体障害者手帳	・ 療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳			
障害等級	3級 A ・ B		( 左下肢機能 ) 障害	
有効期間	~無期限			
公共交通機関利用の可否	可 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不可	運転免許証所有の有無	有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	
身体状況	1.ひとりで歩ける 2.杖 <input checked="" type="checkbox"/> 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	M 病院、T 医院		
	通院回数	合計	2 回 / 月	
身体状況や認知症による付添い必要の有無	有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無			
申請理由	老人車を使用し普段から移動はタクシーを利用している。段差を下りる際に何かにつかまらなると下りられないため、バスや列車に乗ることができない。 家族は遠方のため、移動支援ができず、在宅通院支援事業を利用したい。			
家庭の状況 (家族構成等)	独居。娘は県外在住 (仕事をしているが着信あれば折り返し可能)			
緊急連絡先 *日中繋がりやすい 番号をお願いします	氏名	岡山 晴子	(続柄: 子)	電話番号 090-xxxxx-xxxxx
	氏名		(続柄: )	電話番号
担当職員・ケアマネジャー等	氏名	倉吉 蔵助	所属	( 居宅ほくえい )
備考	何かあればまず岡山さんに電話してください。			

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。