

(移送第1号様式)

移送サービス利用登録申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人湯河原町社会福祉協議会長 様

移送サービスを利用したいので、次のとおり申請いたします。

申請者	ふりがな		電話番号	自宅 () -	
	氏名			携帯 () -	
	住所				
利用者	ふりがな		申請者との続柄		
	氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	住所	湯河原町	電話番号	-	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生 (歳)			
	緊急連絡先		電話番号	-	
	身体状況	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
		身障手帳	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級		
		知的障害者	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2		
		精神障害者	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級		
		対象	<input type="checkbox"/> 歩行困難 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> その他 ()		
		主な病状	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 ()		
主な介護者	(続柄)	付添者	(続柄)		
目的	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入・退院 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 入・退所 <input type="checkbox"/> その他 ()				
担当者	初回利用年月日	令和 年 月 日 ()	行き先		
		予約時間 時 分	車椅子 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> ストレッチャー	

※個人情報保護の為、登録された名前などは他には使用いたしません。

(介護課・福祉課) _____より紹介

会長	事務局長	担当者	合議	受付者

(移送第2号様式)

移送サービス利用誓約書

社会福祉法人湯河原町社会福祉協議会が行う移送サービスを利用している間、事故等により私に傷害が生じた場合、貴会の傷害保険の補償範囲以外の申し立てはいたしません。

(天災等は保険適用されません)

また、私は利用中に急変した場合について、貴会に一切の責任を問わないことを誓約いたします。

令和 年 月 日

社会福祉法人湯河原町社会福祉協議会長 様

(申請者) 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

(利用対象者) 住所 湯河原町 _____

氏名 _____ 印 _____