

(移送S第1号様式)

社会福祉協議会	決裁区分	事務局長	福祉企画部門	福祉サービス部門	主任	副主任	事務局員	
	事務局長							
						利用登録	可	否

令和 年度 ふくし移送サービス利用登録申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人開成町社会福祉協議会長 様

住 所

申請者 氏 名

電 話

利用対象者との続柄

ふくし移送サービスを利用登録したいので、次のとおり申請いたします。(新規 ・ 更新)

利用 対 象 者	ふりがな 氏 名				性別	男・女
	住 所	開成町 (地区) 電話				
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (満 歳)				
	緊急連絡先	(氏名) (電話番号) 利用対象者との続柄 ()				
	現 在 の 身 体 状 況	移動の制約	☐ 歩行困難 ☐ 重度障がい (種 級) ☐ その他 ()			
		介護認定	☐ 申請していない ☐ 申請中 ☐ 非該当 ☐ 該当→→→要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5			
	家 族 構 成	人 (利用対象者を含む)				
主 たる 利用の目的	☐ 通 院 ☐ 入 院 ☐ 退 院 ☐ 入 所 ☐ 退 所 ☐ その他 ()					
利用料請求先	☐ 申請者へ請求 ☐ 利用者へ請求 ☐ その他へ請求 請求先：〒 氏名 (利用者との続柄) 電話番号					

裏面につづく

ふくし移送サービス利用誓約書

ふくし移送サービスを利用するにあたり、車両運行中の事故等により、当方に傷害もしくは器物に損壊が生じた場合、貴会車両の自動車賠償保険及び任意保険の補償範囲以外の申し立てはいたしません。また、運行中に生じた病状等の急変については、当方で一切の責任を負うことを誓約いたします。

令和 年 月 日

社会福祉法人開成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 _____

氏 名 _____ (印)

※これより下記は記入しないでください。

福祉有償運送「ふくし移送サービス」事業実施要項 第 4 条の利用条件に関するアセスメント

- ① ☐ 歩行に介助の必要がなく、車への乗降ができる（車椅子の場合は一人で移動・移乗ができる）
- ② ☐ 医師の問診等、物事の聞き取りや理解、費用の支払いや通院の予約等が自分でできる。
- ③ ☐ 認知症・精神疾患（身障手帳または療養手帳保有）を患っていない。
- ④ ☐ 転倒に対する不安がなく、この 1 年転んだことがない。
- ⑤ ☐ 週に 1 回以上は外出をしている。

※付き添いの不要は①～③必須

アセスメント の結果	付添者の同乗 : ☐ 必要 ☐ 不要	
乗用可能車種	☐ 一般（普通）軽自動車 ☐ 一般（普通）ワゴン車 ☐ その他（	☐ リフト付軽自動車（車イス対応型） ☐ リフト付ワゴン車（車イス対応型） ）