

(移送S第1号様式)

決裁区分	事務局長	部門担当	主任	補佐	事務局員		
介護・生活支援サービス部門 在宅福祉サービス事業 ふくし移送サービスの実施							
					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	<input type="checkbox"/> 歩行困難 <input type="checkbox"/> 重度障がい (種 級) <input type="checkbox"/> その他 ()			
		介護認定	<input type="checkbox"/> 申請していない <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 通 院 <input type="checkbox"/> 入 院 <input type="checkbox"/> 退 院 <input type="checkbox"/> 入 所 <input type="checkbox"/> 退 所 <input type="checkbox"/> その他 ()					
利用料請求先	<input type="checkbox"/> 申請者へ請求..... <input type="checkbox"/> 利用者へ請求..... <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
乗用可能車種	<input type="checkbox"/> 一般（普通）軽自動車 <input type="checkbox"/> リフト付軽自動車（車イス対応型） <input type="checkbox"/> 一般（普通）ワゴン車 <input type="checkbox"/> リフト付ワゴン車（車イス対応型） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）