

令和7年度 ふくし移送サービス利用登録申請・誓約書

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
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	〒 (地区) 電話		
	生年月日	大・昭・平 年 月 日生 (満 歳)		
	緊急連絡先	ふりがな (氏名) (電話番号) 利用対象者との続柄 () *緊急連絡先とは、事故や災害時等にご連絡する方です。		
	申請時の区分	<input type="checkbox"/> 身体障がい者・・・手帳申請→→→ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 精神障がい者・・・手帳申請→→→ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 知的障がい者・・・手帳申請→→→ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 介護保険申請中 <input type="checkbox"/> 要介護認定者・・・要介護1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 要支援認定者・・・要支援1・2 <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト該当者 <input type="checkbox"/> その他・・・肢体不自由、内部障がい、知的障がい、精神障がい、その他の障がいを有する者		
	担当 ケアマネジャー	事業所名 () 担当者 ()		
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 ()			

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。

※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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 転倒に対する不安がなく、この1年転んだことがない。 ⑤ <input type="checkbox"/> 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	
乗車方法	<input type="checkbox"/> 歩いて・・・ステップ台： <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 車椅子 ＊車椅子でご利用される方には、ヘッドレストの使用を推奨いたします。
乗用可能車種	<input type="checkbox"/> 一般（普通）軽自動車 <input type="checkbox"/> リフト付ワゴン車（車イス対応型） <input type="checkbox"/> その他（ ）
駐車場	<input type="checkbox"/> 駐車場あり・・・ <input type="checkbox"/> 軽自動車のみ <input type="checkbox"/> ワンボックス可 <input type="checkbox"/> 駐車場なし
家族支援	<input type="checkbox"/> 家族の支援なし <input type="checkbox"/> 家族の支援あり・・・ <input type="checkbox"/> 付き添いが可能 <input type="checkbox"/> 車での送迎が可能
付添	付添者の同乗： <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
アセスメント結果	<input type="checkbox"/> 利用可 <input type="checkbox"/> 利用不可・・・ <input type="checkbox"/> 家族の対応が可能なため <input type="checkbox"/> 申請区分に非該当 <input type="checkbox"/> その他
利用料請求先	<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
支払い方法	<input type="checkbox"/> 現金（来局）社会福祉協議会（福祉会館）までご持参ください。 <input type="checkbox"/> 現金（集金）請求書に集金日の記載があります。その他の日の集金を希望される場合はご連絡ください。 <input type="checkbox"/> 振り込み 請求書に記載の口座へお振込みください（お振込手数料はご利用者様負担願います）