

福祉サービス利用登録申請書

平成 年 月 日

中川村社会福祉協議会長 様

(地区)

申請者 住所 中川村 大草 葛島 番地
片桐

氏名 (印)

連絡先 TEL (88)

緊急連絡先 携帯・職場

利用者 氏名

生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日

下記のとおり福祉輸送サービスの利用登録を申請します。

日常の外出において、介助が必要な事由

※(1)から(4)の該当番号に○印

(1) 身体障害福祉法第4条に規定する身体障害者	身体障害者手帳(級)	
(2) 介護保険法第19条第1項の要介護認定者	要介護状態区分	
(3) 介護保険法第19条第2項の要支援認定者	要支援状態区分	
(4) その他肢体不自由・内部障害、知的障害、精神障害、その他の障害を有する者		

※ 身体の特に関心する部位 []

家族の状況

主な利用目的・場所

介護支援専門員等の意見

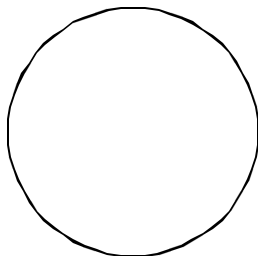
上記事由により、外出時において介助が必要と認めます。

○ 介助において特に注意すべき事項

介護支援専門員

(印)

受付



	局長	次長	係
決裁			

No.

1. 利用申し込み 利用日の3日前まで
申し込み先 (88) 3552 中川村社会福祉協議会
受付時間 午前8時30分～午後5時30分
2. 運行日 月曜日から金曜日まで(祝祭日、12月29日～1月3日を除く)
3. 運行時間 午前8時30分から午後5時まで
4. 利用料金 利用1回につき200円。走行2kmを超える毎に100円を加算
5. 運行範囲 上下伊那全域

詳しくは、担当ケアマネまたは、福祉輸送担当者にお問い合わせ下さい。