

移送タクシー事業利用申込書

令和 年 月 日

(あて先) 松江市長

住 所
申込者 氏 名
(本人又は介護者)
利用者との続柄
電 話

—

移送タクシーの利用を下記により申し込みします。

利用者	住 所	松江市		
	フリガナ 氏 名			
	生年月日		年 齢	満 歳
	電話番号	() —		
家族状況	氏 名	生年月日	続柄	緊急連絡先
要介護認定	要介護 (1・2・3・4・5)	介護度認定期間	年 月 日～ 年 月 日	
外出時の補助用具の種類	・手動車いす ・電動車いす ・つえ歩行 ・介助歩行(手引き) ・その他() ・何も使わない			
利用時の介護者の有無	介護者が同乗する ・ 介護者は同乗しない			
身体障害者手帳の有無	有	・身体障害者手帳()種 (1・2)級		
	無			
移送タクシーを利用して通院する予定の病院・医院(1)	病院・医院名		通院頻度	概ね1月に 回
	所在地		利用距離(片道)	キロ
移送タクシーを利用して通院する予定の病院・医院(2)	病院・医院名		通院頻度	概ね1月に 回
	所在地		利用距離(片道)	キロ
申込理由				
ケアマネジャー又は担当者 者の意見				
添付書類等	1 顔写真(利用証作成分)			

上記サービス利用の要否決定をするために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容及び介護認定審査会による判定結果・意見を参考資料として利用することに同意します。また利用申請時から事業の利用が廃止となるまでの全ての年度において、利用者及び同居者全員の市町村民税課税状況を閲覧・調査することについて同意します。

利用者氏名 _____

担当居宅事業所 [_____]

ケアマネジャー(又は担当者) [_____] 電話番号 (_____)