

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 (利用者と同一世帯 の方をすべて記入)	氏 名	続 柄	氏 名	続 柄	
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				
福祉タクシー事業 の利用	していない ・ しているが、本事業の利用決定時にやめる				
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 ()