

けんしんケアサービス

- 移動支援（障害福祉サービス）利用申込書 -

事業所番号	0060001792	申込日	令和 年 月 日
フリガナ		生年月日	・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 ・ 年 月 日 (歳)
利用者名	・ 男性 ・ ・ 女性 ・		
住所	〒□□□-□□□□		電話番号
緊急連絡先	氏名	続柄：	電話番号

《利用者基本情報》

障害支援区分		生活保護受給	・ 有 ・ 無 ・
受給者証番号			
支給決定日	令和 年 月 日	支給決定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
サービス種別	・ 介護あり ・ 介護なし ・	支給量等	時間/月間
他社契約状況			
家族状況	独居	日中独居	高齢者世帯
	同居者 及び キーパーソン		

《利用希望》

利用希望日	・ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ・	週利用回数	週 回
利用希望時間帯	・ 午前 ・ 午後 ・	派遣ヘルパー	<input type="checkbox"/> 男性希望 <input type="checkbox"/> 女性希望 <input type="checkbox"/> どちらでも
利用開始希望日	令和 年 月 日	祝祭日の利用希望	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> しない
外出目的	<input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他 ()		
～訪問実施にあたってのご希望、注意点（医療・既往歴を含む）等ご記入ください。～			
医療機関・主治医名		電話番号	

《相談支援事業所・担当者様について》

事業所		支援担当者	
事業所番号		電話番号	FAX 番号
住所	〒□□□-□□□□		