

# 福祉有償運送申請書

令和 年 月 日

河合町社会福祉協議会  
会長 渡邊 八重子 殿

住所  
フリガナ  
申請者 氏名 印  
生年月日 明大昭平 年 月 日  
( 歳)  
電話番号

下記により、福祉有償運送を受けたいので、申請致します。

## 1. 申請理由

--

## 2. 該当する区分

	身体障害者福祉法第4条に規定する身体障害者 身体障害手帳(第 種 級) 手帳番号 県第 号
	介護保険法第19条第2項に規定する要支援認定を受けている者 要支援(要支援 ) 認定期間 年 月 日~ 年 月 日
	その他肢体不自由、内部障害、知的障害、精神障害その他を有する者、総合事業対象者 手帳番号及び受給者番号 認定期間 年 月 日~ 年 月 日

※各手帳を提示して下さい。

## 3. 運行を希望する医療機関

医療機関名	毎週・毎月	曜日	時間帯

## 4. 世帯区分

	一人暮らし世帯
	一世代世帯(夫婦のみ)
	二世代世帯(親と子)
	その他

## 5. かかりつけの医療機関

医療機関名	電話番号

※サービス利用に関して、社会福祉協議会協力金(毎年度 1口500円~)及び利用者登録料(年間)としまして別途500円が必要になります。未加入の場合、ご利用できませんのでご注意ください。

(お問合せ先) 河合町社会福祉協議会 TEL 0745-58-2734

【専門職による記載欄】

◆「アセスメント票」で代替して頂いても結構です。

◆総合事業対象者については、基本チェックリストと ADL・IADL、精神面の特記を添付して頂くようお願いします。

記入者(事業所等) \_\_\_\_\_ (氏名) \_\_\_\_\_

申請者の状態(歩行・乗降等動作範囲・座位姿勢の維持・送迎時の注意点)

歩行	できる ・ ややできる ・ できない 程度( )
乗降動作	できる ・ ややできる ・ できない 程度( )
座位姿勢の維持	できる ・ ややできる ・ できない 程度( )
住宅外部環境	階段 ある( 段程度) ・ ない / 段差 ある( cm程度) ・ ない 手すり ある ・ ない 特記事項( )
送迎時の注意点	

福祉有償運送事業申請前の状況について(どのように通院・買い物・生活をしていたか)

--

申請者身体状況

病名・症状	
家族や親類との繋がり (緊急連絡先等)	氏名 _____ 続柄 _____ 連絡先 _____
認知症状(物忘れ・ 感情的等詳細に)	あり ・ ややある ・ なし 程度( )
聴力(電話等不可の 場合の対応手段)	聴こえる ・ 聴こえにくい ・ 聴こえない FAX ・ メール ・ 筆談 ・ その他( )
日常会話	できる ・ ややできる ・ できない 特記事項( )
社会参加の意思	あり ・ ややある ・ なし 特記事項( )
福祉有償運送の利用 期間	期限有り ・ 期限なし 理由( )
状態の改善時公共交通 機関の利用	考えている ・ 考えていない 理由( )
福祉有償運送事業以外 の介護保険サービスの 有無	あり ・ 検討中 ・ なし 利用中のサービス:
状態改善への取り組み について	