様式第１号

移送サービス利用申請書

申請日	平成　　年　　月　　日

社会福祉法人 魚津市社会福祉協議会 会長　殿

申請者	㊞
住所	
電話	（　　）

◎移送サービスを利用したいので次のとおり申請します。

移送サービス利用希望者	住所	〒		電話	
	氏名		男･女	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日生（　　）歳
	障害状況区分	１．身体障害（障害名：　　等級：　　種　　級） ２．寝たきり（寝たきりになった時期　　年　　月頃） ３．その他（　　） **※障害の程度　・介護度等　の分かるもの　の コピーを添付してください。**			
利用目的	１．通　院（病院名：　　）２．入退 院（病院名：　　） ３．リハビリ（病院名：　　）４．施設入退所（施設名：　　）				
利用中の介護保険サービス			要支援・要介護１・２・３・４・５		
現在治療中の病気					
使用機器	１．車椅子　　２．ストレッチャー　　３．その他（　　）				
付添者（申請者と同じ場合は記入不用）	住所		電話		
	氏名		続柄		
事務局特記事項					