　　令和　　年　　月　　日

廿日市市介護予防・生活支援サービス事業移動支援サービス利用登録申請書

廿日市市長　様

届出者（ケアマネジャー※１） 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　　属

氏　　名

利用者の状況により、廿日市市介護予防・生活支援サービス事業移動支援サービスの利用が適当であると認め、次のとおり利用登録を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | | ふりがな |  | | 性  別 | 男  ・  女 | 生年  月日 | 明･大･昭    　年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  | |
| 居 住 地 |  | | | | 電話 |  |
| 参加サロン名 | | |  | | | | | |
| 利用条件  ※２ | ①介護認定  の有無 | | 事業対象者相当　　事業対象者　　要支援１　　要支援２　　要介護 | | | | | |
| ②サービス  利用の理由 | | ・自宅からサロンまで、歩行が困難である（　杖　歩行器　シルバーカー　）  ・自宅からサロンまで、自力で通うことが困難である  （　距離が１ｋｍ以上ある　勾配がきつい　交通量が多い　その他　）  ・介護サービスを利用している（　ヘルパー　デイサービス　その他　） | | | | | |
| 緊急時の連絡先 | | | 氏名 |  | | | 電話 |  |

介護予防・生活支援サービス事業の廿らつサロン（通所型サービスＢ）の利用を希望し、廿らつサロンに安全に参加するため、移送支援サービス利用登録申請書の情報（利用者・緊急時の連絡先）を、廿らつサロン及びサロンが活用する移送主体へ提供することを承諾します。

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者　氏名

廿日市市長　様

* 登録申請書は申請年度内有効ですので、年度ごとに申請してください。

※１　介護保険サービスを利用していない場合は、サロン代表者が記入してください。

※２　事業対象者相当については地域包括ケア推進課が基本チェックリストにより判断します。

※３　 利用条件①、②のいずれも該当する場合に、移動支援サービスが利用できます。

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４番とする。