

様式10号

外出支援サービス利用申請に伴う添付票

利用者氏名			生年月日 (年齢)	T・S・H 年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女
利用時の介助者	氏名		電 話			
			続 柄			
介護認定状況	1. なし 2. 申請中 3. あり 【 非該当・要支援 () ・要介護 () ・変更申請中 】					
担当ケアマネ 等連絡先	事業所 氏 名	障害手帳 障害名	1 身体障害(児)者手帳 1・2級 2 療育手帳 A 3 精神障害者保健福祉手帳 1 級			
			県 号 種 級			
状況及び 利用目的等	※ 該当する番号を○で囲み () 内に具体的病院、施設、行事等名を記入して下さい。 1 通院のため (病院等名) 2 生活支援等 (行事・買物・理美容院・他) 3 その他 () ※ 具体的利用理由を記入して下さい。 (例：寝たきり状態のため、通常の交通機関を利用できない) ※ 移動状況について 1 一人で歩行できる 2 介助者にささえもらって歩行できる 3 杖、歩行器、シルバーカー等を使用し一人で歩行できる 4 車椅子を自分で操作し移動できる 5 車椅子、ストレッチャー等で、介助されて移動する 6 その他の状況 ()					
地区回数等	※ 支援地域の該当する番号を○で囲んで下さい。 1 鷹巣地区 2 合川地区 3 森吉地区 4 阿仁地区 5 市外 (大館市・能代市・秋田市・弘前市・その他)					
	※ 利用開始希望日と月利用回数を記入して下さい。 令和 年 月 日 から (月 回 希望)					
利用希望 事業所名	※ 希望する事業所番号を○で囲んで下さい。 1 北秋田市社会福祉協議会 ・本所 ・あいかわ・もりよし地域福祉センター ・養護老人ホーム もろび苑 2 社会福祉法人阿仁ふくし会					