外出支援サービス利用申請書

	/ 1 1 7 7 72	~ /	1 47 14 1 114 114			
				年	月	日
長生村長	様					
		申請者	住 所			
			氏 名			
			電話			
			対象者との続柄			

外出支援サービスを利用したいので、次のとおり申請します。

			• • •			, ,					
	ふりがな			性	別			男・	女		
利用氏	гт. <i>Б</i>	□ 申請初	皆と同じ	生生	F月日		年	月	日	(歳)
	氏 名			電	話						
象者		□ 申請者と同じ									
者 住 所	長生村										
		, . , .	手帳の交付を受けて	いる	(A),	(A) (D) 1.	(A) (I)	2. AC)1又1	ţΑの	2)
	利用対象	1 療育手帳の交付を受けている (Q、Qの1、Qの2、Aの1又はAの2) 2 身体障害者手帳の交付を受けている (1級又は2級)									
外	者の資格	3 精神	障害者保健福祉手帳	の交	付を受	そけてい	る(1	級又は	〔2級)		
	(該当に○)	4 65歳以上の単身世帯又は高齢者のみ世帯									
支		5 その									
援		P-10 3 3 - 144	片麻痺(右・左)	,				右・左		,	
出支援を希望する理 (該当に○) (該当に○) 利用対象 者の状況 (該当に○)	利用対象	障がい等	障がい(視覚・聴覚					有り・	疑い)	`
	者の状況		会話(可・多少可可杖(使用・不				<u>り他(</u>)
する	(該当に○)	歩 行	可 杖(使用・不 不可	安)	21	助(主)	1 助・	一部刀	助)		
		車いす	自走・要介助・電動	ı	その	他					
由	家族等によ	□ 家族等が遠方にいる □ 家族等がいない									
	る送迎がで きない理由	□ その他 ()									
	さない 连田										
希望する通院 先等及び回数					痄	病院・医	院	(月		回)	*
付添(同行)者			忻原仏を受けてねり、月4년 	日を超	える場で			書寺を你	:17 し (. < /2 /	≥ ('°
		住 所				電	話				
		氏 名				続	柄				
緊急時の 連 絡 先		住 所				電	話				
		氏 名				続	柄				
		l						1			

村処理欄(申請者は記入しないでください。)									
受 付	年	月	日	受付番号	課 長	補佐	係 長	係 員	担当
決 裁	年	月	日						
利用	□適	当		不適当					
理由	適 当	要綱第3章	条第1項	□ 第1号 □ 第2号 □ 第3号		単身又は	,	みの世帯)	

(裏面)

(32)					
	氏 名	続 柄	年齢	職業	備 考 ※本人との関係(該当に○)
					同世帯・別世帯・同居・同敷地
※ 同族					
一等敷					同世帯・別世帯・同居・同敷地
地の大					
一敷地内に居住する別世帯の親族等を含む。等の状況(十八歳以上の者に限る。)					同世帯・別世帯・同居・同敷地
古十					同世帯・別世帯・同居・同敷地
別歳世以					
帯の					同世帯・別世帯・同居・同敷地
親者に					同世帯・別世帯・同居・同敷地
等限を					
含む。					同世帯・別世帯・同居・同敷地
					同世帯・別世帯・同居・同敷地
特記事	 :項				

個人情報に関する同意

外出支援サービスの利用に当たり、必要な私(利用対象者)とその家族等(同一敷地内に居住する別世帯の親族等を含む)の個人情報について、村が保有する住民基本台帳等公簿により調査をすること及び村が必要と認める関係機関(事業受託者等)に対し提供することに同意します。なお、家族等に対しましては、私(利用対象者)が責任をもって異議のないように処置いたします。

署名欄		
(利用対象者氏名)	代筆者氏名	
	※本人の署名が困難か場合	本人の同音を得て記載。