

尾花沢市社会福祉協議会長 殿

申請者 住 所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_ ㊞

尾花沢市社会福祉協議会 移送サービス車利用許可申請書

尾花沢市社会福祉協議会 移送サービス車運行規程を遵守し、下記の条件を承諾のうえ、申請いたします。

利 用 者	住 所	〒 尾花沢市		氏名
	男・女	生年月日	M・T・S・H 年 月 日	電話 —
身体障害者手帳の有・無		障害名 ( 種 級)		
要 介 護 認 定 有・無		非該当・要支援 1・2・要介護 1・2・3・4・5		
主 な 介 添 人		氏名 続柄( ) 自宅電話 — 携帯電話 —		
主 な 行 き 先 や 目 的		行先： 目的：通院・リハビリ・その他( )		

利用の条件

①常時車椅子を利用している方、または寝たきりの方で、身体障害者手帳 1、2 級を所持する方、または要介護 4、5 の認定を受けている方であつ、家族の車で通院等が困難な方。その他、会長が必要と認めた場合。(第 3 条)

※裏面もご記入下さい

②運行区域は県内とし、発着地のいずれかが尾花沢市内であることとする。(第 4 条)

③運行時間は原則として社会福祉協議会の勤務体制 (土日・祝日を除く平日の午前 8 時 30 分から午後 5 時) に準じ、その他の時間帯に利用する場合は協議を必要とする。(第 5 条)

④必ず介添人を必要とします。(第 9 条)利用者への移動介護は引き受けられませんのでご注意ください。(具体的には、自宅、病院、施設から、リフト車への移動は介添人が行うこととなります。)

費用の負担 費用の負担は初乗り (5kmまで) 600円とし、以後 1kmごとに 120円を加算する。(第 6 条)

交付番号

令和 2 年 4 月 1 日より (5kmまで) 700円とし、以後 1kmごとに 140円を加算する。

別記様式第1号（裏面）

### 身体状況チェック表

ご利用者様の身体状況をお知らせ下さい

チェック項目	該当するものを○で囲んでください	
歩行	1. できる	2. できない
車イス	1. 家で使用している	2. 家で使用していない
ストレッチャー	1. 希望	2. 希望しない
会話	1. できる	2. できない
特記事項		

※以下、確認者で記入します

介護保険証（又は自治体、担当ケアマネ、ヘルパー）の確認

確認内容	確認者

利用許可証

1. 即日送付	2. 後日送付
---------	---------