様式第1号(第7条関係)

外出支援サービス事業利用申請書

　　　　　年　　月　　日

川　島　町　長　　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

氏名

電話番号

外出支援サービス事業を利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用対象者 | 住所 | |  | | | | | | | | | |
| ふりがな  氏名 | |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | 電話番号 | |  | | | |
| 身体状況 | | 介護度 | | | | 身体障害者手帳の有無 | | | | | 有・無 |
| 申請理由 | 1　通院のため(利用医療機関の名称：　　　　　　　　　　　　)  2　その他(利用機関の名称：　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 希望回数 | 月　　　　回　又は　週　　　　回　程度 | | | | | | | | | | | |
| 世帯の状況 | 世帯員の氏名 | | | 続柄 | 性別 | 生年月日 | | 職　　業 | | | 備　考 | |
|  | | |  |  |  | |  | | |  | |
|  | | |  |  |  | |  | | |  | |
|  | | |  |  |  | |  | | |  | |
|  | | |  |  |  | |  | | |  | |
|  | | |  |  |  | |  | | |  | |
| 緊急連絡先 | 名称又は氏名 | | |  | | | | | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | 電話番号 | |  | | |
| 備　　　考 | | | | | | | | | | | | |
| 担当ケアマネジャー | |  | | | | | | | | | | |

様式第5号(第8条関係)

外出支援サービス事業利用終了届

　　　　　年　　月　　日

川　島　町　長　　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　住所

氏名　　　　　　　　　　　印

電話番号

下記の者について、外出支援サービス事業の利用を終了したので報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用対象者 | 住所 |  | | | | |
| 氏名 |  | | 性　別 | 男・女 | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 電話番号 |  | |
| 終了の時期 | 年　　月　　日 | | | | | |
| 終了の理由 |  | | | | | |