

## 福祉移送サービスせとうち登録申込書

申込年月日		令和 年 月 日						
利用者	フリガナ			明治・大正・昭和			性別	男・女
	氏名			生年月日	年 月 日( 歳)			
	住所	郵便番号( - )			電話番号	( )		
家族・申込者	フリガナ			続柄			付添の有無	有 ・ 無
	氏名						携帯番号	( )
	住所	郵便番号( - )			電話番号	( )		
区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5							
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(等級 級) <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳(等級 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳(等級 )							
身体状況	福祉用具	<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 松葉杖 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 車椅子						
	介助の必要な動作	<input type="checkbox"/> 立ち上がり <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子駆動 <input type="checkbox"/> 階段昇降 <input type="checkbox"/> その他( )						
	見守り又は援助の必要な行為	<input type="checkbox"/> 意思の伝達 <input type="checkbox"/> こだわり行為や動作緩慢のため乗降行為の促し <input type="checkbox"/> 走行中にドアを開ける等の危険行為の防止 <input type="checkbox"/> 不安発作等の突発的な事態への対応						
緊急時連絡先	フリガナ			第2連絡先				( )
	氏名	( )						( )
	医療機関名			主治医氏名			電話番号	
利用目的	具体的に記入ください							
備考								

**【同意書】**

- ・申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて同意します。
- ・社会福祉法人藤花会 福祉有償運送事業を利用するにあたり、移送中に生じた不慮の事故については、貴法人に対しその責任を一切問うことは致しません。社会福祉法人藤花会にて加入されている自動車損害賠償責任保険の範囲で対応して頂くことに意義ありません。
- ・申込に関わる個人情報、貴法人の運営のみに用いることに同意致します。

令和 年 月 日

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

家族・申込者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 (続柄 \_\_\_\_\_)