

外出支援事業利用申請書

年 月 日

(あて先)高山市長

申請者 住所 高山市

氏名

電話

外出支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

利用料の決定にあたり、世帯の税務資料の閲覧について承諾します。

また、高山市外出支援事業実施要綱に基づき、必要な個人情報を関係機関に提供することについて同意します。

利用者	(ふりがな) 氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日生	年齢	歳
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ 〒 ー 高山市	電話	
	身体状況	<input type="checkbox"/> 要介護認定 (1. 2. 3. 4. 5) <input type="checkbox"/> 要支援認定(1. 2) <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト該当者 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(1級. 2級: 下肢・体幹・視覚障がい) <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳(1級) <input type="checkbox"/> 療育手帳(A1. A2) <input type="checkbox"/> その他(福祉有償運送利用対象者. 介護認定申請中)		
	現在の状況	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> </div> <input type="checkbox"/> 自分で移動できる <input type="checkbox"/> 介助者が同行する <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車いす使用(リクライニング・ストレッチャー) <input type="checkbox"/> 手押し車使用 <input type="checkbox"/> 杖使用		
家族の状況	同居者の有無 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無			
移送範囲				
外出支援を希望する理由				
意見欄	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 下肢不自由 <input type="checkbox"/> 内部障がい <input type="checkbox"/> 視覚障がい <input type="checkbox"/> 外出支援事業が必要な者と認められる。			
	<hr/> 所属 氏名			

緊急連絡先

(氏名)

(続柄)

(電話)