

高齢者移送サービス利用登録申請書

年 月 日

摂津市長 様

申請者 住所
氏名
電話番号 ()

次のとおり高齢者移送サービスの利用の登録を受けたいので申請します。

利用者	氏名	フリガナ			
	生年月日	明・大・昭	年	月	日
	住所	摂津市			
	電話番号	()			
	身体状況				
	介護度	要支援(1・2) ・ 要介護(1・2・3・4・5) ・ 総合事業対象者			
主な付添者	緊急連絡先	(住所) (氏名) (続柄) (電話番号)			
	氏名	(続柄)			
	住所				
行き先	電話番号				
	目的地名				
上記利用者は、対象者の要件であることを満たし、移送サービスの該当者であることに相違ありません。 介護支援専門員 (事業所名) (電話番号) (氏名) (介護支援専門員がない場合は親族)					

※対象者の要件①65歳以上、②介護度が要支援1以上、③外出時の移動が車椅子による
 ※「緊急連絡先」の欄には「主な付添者」に記載の方と違う方の記入をお願いします。

上記の高齢者移送サービス登録を決定してよろしいですか。

決定番号	決裁日	課長	課長代理	係長	係員
—					

摂津市シルバー人材センター事務局長 様

年 月 日

摂津市長 (公印省略)

高齢者移送サービス利用の登録について (通知)

上記利用者が高齢者移送サービス利用の登録をされましたので通知いたします。

登録番号	登録日
No.	年 月 日