

移送サービス利用券交付申請書

_____年 月 日

豊明市長 殿

申請者

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

下記の豊明市の介護保険被保険者が移送サービス利用券の交付を受けたいので申請します。

記

フリガナ 被保険者氏名 (利用券の使用者)	-----	介護保険 被保険者番号		
生年月日	年 月 日			
住民票の住所				
要介護認定	要介護 1 2 3 4 5			
日常生活状況 (どちらかに○)	寝たきり ・ 常時車椅子が必要			
担当の 介護支援専門員	・ 事業所名 ・ 氏 名 ・ 電 話			
移送用車両の 種類	<input type="radio"/> リフト付き車両（介護タクシー・ウェルキャブを含む。） <input type="radio"/> ストレッチャー装着ワゴン車 <input type="radio"/> その他車椅子に座位保持した状態で乗車できる車両			
利用券が 利用できる区間	(1) 住民票の住所地と医療機関（通院及び入退院のみ） (2) 住民票の住所地と福祉施設等（入退所及びショートステイ利用に限る）			
備 考				

注意事項

- ①介護保険施設（特定施設の指定を受けたケアハウス・グループホーム・介護付き有料老人ホーム等を含む。）の入所者は、利用券を使えません。ただし、住民票の住所地に帰るために退所する日は使えます。
- ②住宅型有料老人ホームや一般型のサービス付き高齢者向け住宅の入居者は、利用券を使えます。
- ③介護保険給付の制限を受けている方は、本事業の対象外です。