

様式第1号(第7条関係)

竹富町移動付添い支援事業申請書

令和 年 月 日

竹富町長 様

申請者 住所

氏名

(電話 )

下記のとおり、竹富町移動付添い支援事業を利用したいので、次のとおり申請いたします。

記

利用者	氏名		性別	男・女	
	生年月日	年 月 日生	( 歳)		
	住所		電話		
	世帯主名		続柄		
	要介護認定区分	なし 事業対象者：要支援 1・2 : 要介護 1・2・3・4・5			
	障害程度区分	未認定 非該当 ( ) 1・2・3・4・5			
	利用者状況	ストレッチャー ・ 車椅子 ( 手動 ・ 電動 )			
申請理由	<input type="checkbox"/> 通院付添い介助 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 日常生活付添い介助 ( ) <input type="checkbox"/> 行事・イベント				
目的地	<input type="checkbox"/> 町内 ( )		<input type="checkbox"/> 石垣市内 ( )		
移動区間	乗車地( ) ~ 降車地( ) 片道・往復				
緊急時連絡先	住所		電話		
	氏名		続柄		
担当ケアマネージャー			電話		
備考					