別記

**車いす等でないと歩行が困難な方でありなおかつ①または②に該当する方が対象**

1. 65歳以上の要介護認定者
2. 身体障害者手帳（肢体不自由）1級・2級・3級

**記　入　例**

第１号様式（第５条）

香取市高齢者等移送支援サービス助成事業利用申請書

●年　●月　●日

**使う本人又はご家族が記入**

**（この住所に利用券が郵送されます）**

　香取市長　　　　　様

申請者　住　　所　香取市佐原ロ●●●

ケアマネ等が持参⇒ＯＫ

**来た人の氏名・事業所名も余白に記入してください。**

氏　　名　香取　太郎

電話番号　●●―●●●●

（利用者との続柄）　長男

　　　　　　　　　　　　　代理人　　居宅介護支援かとり　木村　良子

　香取市高齢者等移送支援サービス助成事業を利用したいので、香取市高齢者等移送支援サービス助成事業実施要綱実施第５条の規定により申請します。

**利用予定日を欄外に記**入

**４/５**

**利用予定**

|  |
| --- |
| 対　象　者**利用者本人の情報を記入** |
| 住　　所 | 香取市佐原ロ●●● | 氏　名 | 香取　花子 |
| 生年月日 | 昭和●年●月●日 | 連絡先 | ●●－●●●● |
| 状態 | 要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５身体障害１級・２級・３級 |
| 介護認定被保険者番号 | ●●●●●●● | 障害者手帳の番号 | 千葉県第　　　　 号 |
| 利用方法 | 車いす（　〇　）　ストレッチャー（　　）**どちらかに〇** |
| 同意欄申請内容の審査にあたり、住民登録情報、要介護認定情報、身体状況その他交付申請に必要な情報を、市が照会することについて同意します。**利用者本人の名前で記入してください**　対象者氏名　　　香取　花子　　　　　　　　 |

※添付書類　車いす又はストレッチャー利用者で、要介護認定又は身体障害の状況が分かる書類の添付　　**①要介護認定⇒介護保険者証のコピー**

**②身体障害者⇒身体障害者手帳のコピー**