

買い物福祉有償運送車両同行利用会員登録申請書(事業2)

**年 **月 *日

特定非営利活動法人 品川ケア協議会理事長宛

事業所等が申請する
場合の記載方法 →

住所 品川区豊町0-0-0

電話 3728-****

申請者氏名 品川区豊町介護支援センター
管理者 品川 豊

印

下記のとおり「高齢者等の買い物等日常生活支援事業」の利用会員登録をしたいので申請いたします。

記

買い物福祉有償運送車両同行利用会員情報			
氏名	(ふりがな)しながわ はなこ 品川 花子 (印)	性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>
住所	〒000-**** 品川区00町0-0-0		
電話番号	3729-****		
生年月日	昭和 ** 年 ** 月 ** 日生 (** 歳)		
身体状況(要支援・要介護度等)	要介護2		
利用者対象種別 (平成24年度は、②の要介護認定者のみを対象としています)	② ① 身体障害者福祉法第4条に規定する身体障害者 ② 介護保険法第19条第1項に規定する要介護認定を受けている者 ③ 介護保険法第19条第2項に規定する要支援認定を受けている者 ④ その他肢体不自由、内部障害、知的障害、精神障害その他の障害を有する者		
身体状況(要支援・要介護度等)	(身体状況について具体的に記載) 例:杖歩行可。時よりフラつくこともあるので転倒注意が必要。		
ご利用者の全体状況・希望など	(全体状況・希望について具体的に記載) 例:時間を気にせずゆっくり買い物が見たい		
担当ケアマネージャー氏名	中延 花子	担当サ責氏名	広町 太郎

※記入いただいた個人情報に関しては、「高齢者等の買い物等日常生活支援事業」のみに使用し、無断で第三者の提供はいたしません。

決裁区分	理事長	常務理事	事務局長	担当

福祉有償運送 利用登録番号	
登録年月日	年 月 日

受付日	年 月 日()
決裁完了日	年 月 日()