|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第１号（６条関係） |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

福津市社会福祉協議会移送サービス

**利　用　者　登　録　申　請　書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請受付日 | 年　　月　　日 | 受付番号 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者の  連絡先等 |  | 印　　　（　男　・　女　） | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 年　齢 | 満　　　　才 | | |
| 住　所 | 郵便番号（８１１－　　　　）  福津市 | | |
| 連絡窓口となる  家族の氏名 |  | | |
| 電話番号 | （　　　　）　　　　― | | |
| ＦＡＸ | （　　　　）　　　　― | | |
| 緊急時の  連絡先 | 氏　　名 |  | 利用者  との関係 |  |
| 住　　所 |  | | |
| 電話番号 | （　　　　　　）　　　　― | | |
| 利用者の  状　　況 | ふだんの  外出方法 | １．車いす（　本人所有　・　社協所有　）  　２．電動車いす  　３．杖を使っての歩行  　４．介助を受けての歩行  　５．その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 車酔い | 酔うことが多い　・　時々酔う　・　酔わない | | |
| 発作等の  特記事項 |  | | |
| かかりつけの  病　院　名 | 病院名 | （担当医師名：　　　　　） | | |
| 連絡先 | （　　　　　）　　　　　― | | |
| 車イス使用  の理由 | １．障害がある（　等級：　　　種　　　級　）  視覚　・　聴覚　・　肢体不自由　・　内部障害  知的　・　精神　・　その他（　　　　　　　　　　　）  　２．介護保険の認定を受けている（要介護度：　　　　　　）  　３．その他、外出の際に車イスが必要な理由がある  （理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 主　　な  利用目的 | 主な行先  （目　　的） | １．行事参加　　　　　２．レクリエーション  　３．買い物　　　　　　４．旅行  　５．自主グループ活動　６．市役所等の公共機関  　７．通院（主な病院名：　　　　　　　　　　）  　８．その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 頻　　度 | （　月　・　週　）　　　　　回くらい | | |

※太い枠内のみご記入ください

【　管理者記入欄　】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 調査担当者 | 印 | | |
| 調査日 | 年　　　月　　　日（　　） | | |
| 調査場所 | 自　宅　・　窓　口　・　その他（　　　　　　　　　　　　） | | |
| 特記事項 |  | | |
|  | | |
|  | | |
| 登録の可否 | 可　・　不可（理由： ） | | |
| 登録番号 | Ｎｏ． | 受付印 |  |

社会福祉法人福津市社会福祉協議会