

西原町社会福祉協議会「福足サービス事業」利用者登録申請書

西原町社会福祉協議会会長 殿

申請日 令和 年 月 日

申請者 住所：

氏名：

⑩

電話：

西原町社会福祉協議会の「福足サービス事業」を受けるにあたり、サービス実施中、または、実施後に生じた症状などの急変については、当方で一切の責任を負わないことを確約し、次のとおり申請します。

1. 利用者情報

氏名	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所	西原町字
電話番号	
緊急連絡先	(続柄)
身体状況 (該当する 番号に○)	1. 疾病名：() 要支援・要介護 ()、手帳等 ()、障害区分 () 2. 歩行程度：(1) 自力でできる (2) 短い距離ならある程度歩行が可能 3. 車両乗降：(1) 自力でできる (2) 杖等をついてできる *協力員は、介助することができません。
	※ 緊急時の対処方法があれば記入してください。 ※ 利用先・回数 (例○○病院 月2回等)

2. 対象者・下記の事項に該当する方・・・要綱第3条（利用対象者）

町内に居住する見守り世帯で、身近に外出時の付き添いできる身内がない方で、次のいずれかに該当するもの

- (1) 介護保険・障害福祉サービスなど公的機関が行う移動に関する支援サービスなどを受けられない障がい者及び高齢者などの生活困窮者
- (2) 障害福祉サービスなどの公的機関が行う移動に関する支援サービスなどを受けられない難病者などの生活困窮者

㊦ 裏面もあります

3. 家族構成

氏名	続柄	年齢	連絡先

※同居世帯の場合は、送迎を行えない理由を必ずご記入下さい。

4.その他 緊急時の対処（必須）などを記入して下さい。