

第1号様式

リフト付乗用車移動支援利用登録申請書

平成 年 月 日

斑鳩町長 小 城 利 重 殿

住 所 斑鳩町  
 申請者 氏 名 ㊟  
 T E L ー

移動支援サービスを利用したいので、リフト付乗用車移動支援事業実施要領に基づき、次のとおり申請します。

利用対象者	氏 名				
	住 所	斑鳩町			
	生年月日	年	月	日	電話番号 0745 ー
主な介護者	氏 名	本人との関係		備 考	
予定移送先	行き先	住 所	希望日・時間	利用目的	備 考
	①				
	②				
	③				
	④				

(裏面へ続く)

## 利用対象者の状況

心 身 の 状 況	1 視 力	普 通	弱 視	見えない
	2 聴 力	普 通	やや難聴	難 聴
	3 言 語	普 通	やや不自由	喪 失
	4 意思疎通	普 通	やや悪い	大変悪い
	5 歩 行	自分でできる	介助によりできる	全くできない
	6 排 泄	自分でできる	介助によりできる	全くできない
	7 乗物酔い	しない		す る
	8 その他特に 記すべき行為			
身体障害者手帳	種 級 障害名			
疾 病 の 状 況	既往症  かかりつけ医			
家族以外の 緊 急 連 絡 先	住 所 氏 名 続柄 TEL ー			

(第2号様式)

## 誓 約 書

斑鳩町長 小 城 利 重 殿

今回、リフト付乗用車移動支援事業実施要領に基づいた、移動支援中に生じた不測の事故については、斑鳩町及び運転業務委託事業者に対し一切責任を問わないことを誓約いたします。

平成 年 月 日

誓 約 者 (保護者)

住 所

氏 名

①

本人との続柄

本 人

住 所 奈良県生駒郡斑鳩町

氏 名

①

(第3号様式)

# 診 断 書

氏 名		年 月 日生 ( 歳)	
住 所	奈良県生駒郡斑鳩町		
血 圧	～ mmHg	胸部・腹部の特記すべき 理学的異常所見	有 ・ 無
現在治療中の病名	有 ( ) 無	伝染性の有無	有 ( ) 無
ホームヘルプサービスの 利用の可否	可 ・ 否	移動入浴車介助サービスの 利用の可否	可 ・ 否
自動車による 移送の可否	可 ・ 否		
特 記 事 項			
上記のとおり診断する。 平成 年 月 日 住 所 医療機関名 医 師			
印			