

様式第1号(第5条関係)

平成 年 月 日

外出支援サービス事業利用申請書

奥多摩町長 殿

申請者 住所
氏名 印
(対象者からみた続柄)
電話

外出支援サービス事業を利用したく次のとおり申請します。

対象者	名前		男・女	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日	生 歳
	住所				電話		
申請理由							
緊急連絡先							
家族 の 状 況	名前	続柄	年齢	生 活 状 況			
その他のサービス利用状況(現在、利用しているサービスに をつけて下さい)							
1 生活支援ヘルパー 2 配食サービス 3 生きがい活動支援通所							
4 緊急通報システム 5 日常生活用具給付 6 住宅改修給付							
特記事項(身障手帳所有の有無等、介護保険の認定申請の有無等)							

様式第1号(第5条関係)

(裏)

希望する医療機関等

目的地(医療機関)	利用開始希望日	備 考
1 古里診療所	年 月 日	
2 双葉会診療所	年 月 日	
3 川辺医院	年 月 日	
4 奥多摩病院	年 月 日	
5 峰谷診療所	年 月 日	
6 その他()	年 月 日	