

奥多摩町高齢者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  
 (対象者からみた続柄 )  
 電 話 ( )

奥多摩町高齢者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	年 月 日 生 ( 歳)		
	住 所	奥多摩町			電 話		
申 請 理 由							
緊 急 連 絡 先		名 前			電 話		
家 族 の 状 況	名 前	続 柄	年 齢	日 常 生 活 の 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○をつけてください。) 1 緊急通報・火災安全システム    2 配食サービス    3 紙おむつ給付 4 救急医療情報キット支給    5 日常生活用具給付    6 住宅改修給付 7 福祉電話設置    8 その他 ( ) ※特記事項 ◎ 介護保険の認定の申請 有 ・ 無    要介護度 ( ) ◎ その他							

( 裏 )

(1) 希望する医療機関のうち医科

目的地(医療機関)	利用開始希望日	備考
1 双葉会診療所	年 月 日	
2 奥多摩病院	年 月 日	
3 峰谷診療所	年 月 日	
4 その他 ( )	年 月 日	

(2) 希望する医療機関のうち歯科

目的地(医療機関)	利用開始希望日	備考
1 古里歯科診療所	年 月 日	
2 高橋歯科医院	年 月 日	
3 その他 ( )	年 月 日	

【表1】

曜日	送迎医療機関
月曜日	奥多摩病院
火曜日	双葉会診療所
水曜日(午前)	奥多摩病院
木曜日	奥多摩病院
金曜日(午前)	奥多摩病院
金曜日(午後)	峰谷診療所

【表2】

曜日	時間帯	送迎歯科
月曜日	午後	古里歯科診療所
火曜日	午後	高橋歯科医院
水曜日	午後	古里歯科診療所