

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 たかはし歯科医院	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	たかはし歯科医院
水曜日	午後	古里歯科診療所