様式第１号（第７条関係）

朝霞市高齢者等移送サービス利用料補助申請書

年　　月　　日

朝 霞 市 長　　宛

申請者　住　　所
氏　　名
電話番号

朝霞市高齢者等移送サービス利用料の補助を受けたいので、次のとおり申請します。

<table>
<tr><td rowspan="6">利用者</td><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td>明治・大正・昭和</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">朝霞市</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="3">（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">身体状況</td><td colspan="3">歩　　行　1. つかまらずにできる　2. 何かにつかまればできる　3. できない</td></tr>
<tr><td colspan="3">座位保持　1. できる　2. 自分で支えてできる　3. 支えが必要　4. できない</td></tr>
<tr><td colspan="3">移　　乗　1. 自立　2. 見守り　3. 一部介助　4. 全介助</td></tr>
<tr><td rowspan="4">介護者</td><td>氏　　名</td><td></td><td>続　　柄</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="3">（　　）</td></tr>
<tr><td>居宅介護支援事業者</td><td colspan="3">事業者名　　担当者</td></tr>
<tr><td colspan="2">備　　考</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

このサービスの利用条件を満たしていることを確認するため、利用者の課税状況、要介護認定に係る調査結果の閲覧及び関係者に意見を求めることに同意します。

利用者又は介護者　氏名

＊窓口に来た方　（氏　　名）　　（対象者との続柄）
（郵送された方）（電話番号）