

高齢者送迎サービス利用申請書

年 月 日

国分寺市長 殿

国分寺市の実施する送迎サービスを利用したいので、下記のとおり申請します。

送迎サービスの利用者	フリガナ			被保険者番号	0	0	0	0	0						
	氏名	生年月日		年 月 日											
		性別		男・女											
	住所	電話番号 ()													
	認定状況	要介護状態区分等	要支援1・要支援2・要介護1・2・3・4・5												
		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日												
利用予定のサービス (※1)	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリ <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 施設入所(※2) <input type="checkbox"/> 緊急短期入所生活介護														

※1 利用予定のサービス欄は、ケアプランで予定しているサービスにチェックをしてください。

※2 施設とは、特定施設(介護予防サービス含む。)、認知症対応型施設(介護予防サービス含む。)、地域密着型特定施設(介護予防サービス含む。)、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院及び介護療養型医療施設をいいます。

申請代行者	申請者氏名		<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 家族等(利用者との続柄)												
	居宅介護支援事業者等	住所	〒	—	事業者番号										
		名称	電話番号 ()												
		印													

【在宅で送迎サービスを利用する場合】

- 1 申請は、必ず利用者と契約している居宅介護支援事業者の介護支援専門員又は地域包括支援センターの担当者が代行してください。
- 2 裏面の「送迎サービスを必要とする理由」をご記入ください。
- 3 申請書には、①高齢者送迎サービス利用現況届②サービス提供票の写しを添付してください。

【施設の入退所サービスを利用する場合】

- 1 申請は、原則として、利用者本人又は家族等が行ってください。介護支援専門員等が代行しても手数料支払いの対象にはなりません。
- 2 裏面の「送迎サービスを必要とする理由」をご記入ください。
- 3 施設への入・退所がわかる書類(入所決定通知書など)があれば、添付してください。

送迎サービスを必要とする理由書

本体の送迎を利用できない理由（サービス提供事業者の送迎の実態等，簡潔に記入してください。）

対象サービスが通所介護又は（介護予防）認知症対応型通所介護の場合，その理由
（市内の施設が提供しないサービス内容等，なるべく詳しく記入してください。）

本人・家族等の状況等（介助員が必要な場合は，その理由も明記してください。）

送迎サービス を利用する 対象サービス	<input type="checkbox"/> 通所介護（※）	事業所名（ ）
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	事業所名（ ）
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	施設名（ ）
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	施設名（ ）
	<input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリ	事業所名（ ）
	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護	施設名（ ）
	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護	施設名（ ）
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護（※）	事業所名（ ）
	<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護（※）	事業所名（ ）
	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	事業所名（ ）
	<input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護	事業所名（ ）
	<input type="checkbox"/> 施設への入所	施設名（ ）
	<input type="checkbox"/> 施設から退所	施設名（ ）
<input type="checkbox"/> 緊急短期入所生活介護	施設名（ ）	

※通所介護又は（介護予防）認知症対応型通所介護を選択の場合，上記理由を記入してください。

本サービス費の請求及び受領については，受領委任払いの合意書を市と締結した事業者委任します。

委任者(被保険者氏名)

印