

通院等乗降介助時における家族等の同乗に関する許可願

利用者	被保険者番号		要介護状態区分	要介護（ ）			
	氏名						
	住所						
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢（ 歳）	性別
日常生活の自立度等について	障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
直近のサービス利用予定日		年 月 日					
同乗する家族等	氏名				続柄		
	住所	<input type="checkbox"/> 利用者と同じ <input type="checkbox"/> その他（ ）					
添付書類		<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書の写し <input type="checkbox"/> サービス担当者会議録の写し <input type="checkbox"/> その他（ ）					
<p>都城市長 あて</p> <p>上記の利用者について、居宅サービス計画に通院等乗降介助を位置づけるとともに、家族等の同乗について検討し、必要があるものと判断しましたので許可願います。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>氏名</p> <p>電話番号</p>							