令和　　年　　月　　日

「伊是名村福祉移送サービス事業」利用者登録申請兼同意書

伊是名村社会福祉協議会

会　長　　名嘉　清　　殿

伊是名村福祉移送サービス事業の利用を申請します。

１．利用者情報

氏　　名	㊞
生年月日	大正 ・ 昭和　　年　　月　　日　（　　歳）
住　　所	伊是名村字　伊是名・仲田・諸見・勢理客・内花　　番地
電話番号	
身体状況（該当する番号に○）	１．病　　名：（　　） ２．歩行程度：　1 歩行ができない　2 短い距離ならある程度歩行が可能
	※ 緊急時の対処方法があれば記入してください。

２．現状（該当する項目に○を付けてください。）

（ １ ）介護保険・障害福祉サービスなど公的機関が行うサービスを受けられない高齢者

（ ２ ）障害福祉サービスなど公的機関が行うサービスを受けられない障害者

３．家族構成

氏　名	続　柄	年　齢	連　絡　先
※同居世帯の場合は、送迎を行えない理由を必ずご記入下さい。			

※上記項目について、個人情報保護方針に基づいて、関係機関（診療所・行政機関・居宅介護支援事業所）との情報共有に使用することに同意します。

また、伊是名村福祉移送サービス事業を受けるにあたり、サービス実施中、または、実施後に生じた症状などの急変があった場合には、貴会に損害賠償等の責任を求めません。

令和　　年　　月　　日

利用者　　印