

# 移送サービス利用申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人赤穂市社会福祉協議会  
理事長 様

申請者

住 所 赤穂市

氏 名 印

電話番号 ( )

移送サービスを利用したいので、下記事項承諾のうえ申込みいたします。

対象者	氏 名	性別	生 年 月 日	障 害 名
			男 女	M・T・S・H・R 年 月 日

住 宅 略 図	家 族 構 成			
	氏 名	続 柄	年 齢	備 考
民生委員名	主治医 TEL			

- 1 移送サービスを受ける場合、必ず1名以上の家族（介護者）をつけ、移送サービスに立ち会い、共に介助に当たります。
- 2 移送することにより身体に悪い影響をおよぼす恐れがあるときは、即時中止されても異議は申しません。
- 3 移送サービスを受けた場合、万一これに伴う事故が発生しても一切の異議は申しません。