

グループホーム・ケアホームにおける通院介助への移動支援利用承認申請書

(太枠内を記入ください)

フリガナ				地域生活支援事業受給者証番号
受給者 (入居者)				
	障害種別	身体・知的・精神		利用ホーム名
ケアホームの生活支援員では対応できない理由	<input type="checkbox"/> 生活支援員の勤務時間外のため (勤務時間: 時 分 から 時 分まで) <input type="checkbox"/> その他 ()			
通院の内容	※ 軽微なもので、病状把握が必要でない場合に限る			
申出日 及び 申出者 (ホーム運営法人)	平成 年 月 日			
	ホーム運営法人住所			
	ホーム運営法人名			印

上記のとおり、通院の介助について、グループホーム・ケアホームの生活支援員の対応が困難なため、地域生活支援事業の移動支援利用を承認し、別紙のとおり通知してよろしいかお伺いします。

(承認期間) 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

令和 年 月 日

決 裁	課長	課長代理	係長	地区担当	文書審査

/ 利用者宛通知

/ 受給者証記入

/ 申出者宛連絡