

福祉有償運送を必要とする理由書

草津市有償運送運営協議会事務局あて

申請者については、下記のとおり他人の介助によらず移動することが困難であり、かつ、単独でタクシー等の公共交通機関を利用することが困難であることを申し出ます。

なお審査に際し、診断書もしくはケアマネージャー等からの意見書を提出することについて、同意をいただいています。

自家用有償旅客運送者の名称 ( )

氏名			
年齢		性別	
住所			
対象旅客 (該当する□に✓)	<input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 要支援認定者 (□要支援1・□要支援2) <input type="checkbox"/> チェックリスト該当者 <input type="checkbox"/> その他障害 ( )		
身長・体重	c m		k g
対象予定者の概況 <家族構成、ケアマネの有無等>	例：3人家族、夫と二人暮らしで息子は〇〇県在住、ケアマネは〇〇事業所で契約等		
身体の状態 <視力、言語、歩行能力等>	例：弱視、言語は少し不自由、一部介助が必要等		
精神の状態 <精神障害等>	例：重度の認知症、幻覚、興奮しやすい等		
健康の状態 <病名等>	例：変形性膝関節症、骨そしょう症等		
福祉有償運送を必要とする理由	例：〇〇症により10分以上一人で立っていることが困難であり、誰かの見守りや介助が必要であることから、福祉有償運送を必要とされている等		
現在の移動状況 <移動手段、場所、頻度等>	例：家族の送迎により、〇〇病院へ月2回程度通院		

※記載いただいた個人情報については、福祉有償運送の利用可否に係る判定にのみ使用し、その他の目的では使用いたしません。