金山町要介護者等移送サービス助成利用申請に係る主治医意見書

令和　　年　　月　　日

金山町長　　殿

申請者　住　所　金山町大字

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

次の利用者に対して、医師の意見（医学的所見）に基づく状態が判断され、金山町要介護者等移送移送サービス助成事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | フリガナ |  | 住　所 | 金山町大字 |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 大正昭和平成 | 年　　月　　日（　　歳） | 電話番号 |  |
|  |
| ①利用者状況調査　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※いずれかに○を付けてください。 |
| １．現在の状況 | ア．障害高齢者の日常生活自立度が、以下のいずれかに該当する。Ｂ１　・　Ｂ２　・　Ｃ１　・　Ｃ２イ．上記アのいずれにも該当しない。 |
| ２．移動の方法 | ア．ストレッチャー　　イ．車イス　　ウ．その他（　　　　　） |
|  |
| ②記載者 |
| 医療機関名 |  | 連絡先 | （　　　　）　　－ |
| 主治医氏名 | 　　　　　　　　　　　　㊞ | 記載年月日 | 令和　　年　　月　　日 |

【主治医の先生へお願い】

　上記①及び②を記載のうえ、申請者へお渡しくださるようお願いいたします。