

【身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳保持者以外の方、要介護認定を受けていない方】

つくば市福祉有償運送にかかる移動困難申出書

つくば市福祉有償運送運営協議会事務所 宛て

下記のとおり、私は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、判定に際し必要があるときは、認定に係る調査内容、審議会資料、主治医意見書及び認定結果を使用することに同意いたします。

利用者 氏名 住所

生年月日 電話

(代筆者)

氏名 電話 関係

代筆の理由

1. 移動・身体・コミュニケーション・日常生活の状況として、あてはまるもの全てにチェックをつけてください。

移動	<input type="checkbox"/> 介助があれば歩ける <input type="checkbox"/> 歩行時にバランスを崩しやすい <input type="checkbox"/> 車両の乗り降りが困難 <input type="checkbox"/> 段差や路面の凸凹がわかりにくく、転倒の危険がある <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車いす使用 <input type="checkbox"/> 歩行補助車（シルバーカー含む）使用 <input type="checkbox"/> その他の用具使用 ()
身体 コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 会話のやりとりが困難 <input type="checkbox"/> 興奮しやすい <input type="checkbox"/> 自分でタクシーを呼ぶことができない <input type="checkbox"/> 障害があることが他の人にわからない () <input type="checkbox"/> 重い荷物が持てない <input type="checkbox"/> 混雑に耐えられない
日常生活	<input type="checkbox"/> 介助なしには料金支払いが困難 <input type="checkbox"/> 移動の際に介助者がいない <input type="checkbox"/> 判断が苦手で、自分でやりとりができない

2. 上記以外でタクシーその他の交通機関の利用が困難な状況について御記入ください。

(例：一人暮らし、日中独居、高齢者だけで住んでいる等の世帯状況や家族が遠方において、移動の介助をしてくれる者がいない等)

--

※事業所及び運営協議会事務局記入欄

確認者	確認日	確認者氏名	備考
福祉有償運送事業所	平成 年 月 日		
運営協議会（事務所）	平成 年 月 日		