

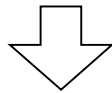
福祉輸送サービスの利用の仕方

福祉輸送サービスを利用するには社協の福祉輸送サービス事業に**利用申請**していただき、事前に**予約**を行うことで利用できます。

◎会員申請からサービス利用までの流れ

1 利用申請

- ①「王滝村介護予防・生活支援事業利用申請書」（別紙）に記入してください。
（年齢や世帯構成、行き先などによりご利用範囲を限定させていただく場合があります。）
※傷病等や家族による支援が受けられないなどの理由で一時的なサービス利用を申請される方は、①に合わせて別途「利用承認申請書」に記入し利用承認を受けてください。
- ②「口座振替依頼書」（農協か郵便局）へ記入・捺印してください。
（利用料はひと月分まとめて翌月 25 日に引き落とさせていただきます。）



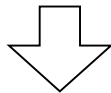
予約専用電話番号
社協:48-1121

2 利用予約

- ①遅くとも※前日（土・日・祝日を除く）までに社協へ予約を入れてください。
※前日（土・日・祝日を除く）→月曜日に利用予定であれば金曜日までに予約する。

予約受付時間：午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分まで（月曜日～金曜日）

- ②予約内容を確認いたします。（予約状況により、時刻の変更や乗り合いなどをお願いする場合があります。）



3 サービス利用

- ①ご予約を受けた日時（利用日）に、ご自宅等へ伺います。
（往復利用の場合、帰宅時の時間または連絡方法をお知らせください。）
- ②利用終了後、内容確認（確認印・サインなど）をお願いします。利用料金はひと月分まとめて口座より引き落としさせていただきます。
- ③次回の予約はご面倒でもあらためてご予約ください。運転者への予約は確認が取れない恐れがあるため、ご遠慮ください。

4 お問い合わせ先

<王滝村社会福祉協議会 福祉輸送サービス>
<電話> (0264) 48-2008 <担当> 田近

福祉輸送サービス 利用案内

予約専用：48-1121<平日8:30~17:30>

【前日までに予約が必要です】

(月曜日に利用の場合は金曜日まで予約)

☆利用できる方・利用できる内容

利用できる方	利用できる内容	利用できる行先
<ul style="list-style-type: none"> 要支援・要介護認定者・障がい者 65歳以上の基本チェックリスト該当者 疾病等により介助なしでの移動が困難な65歳以上の方（診断書等必要）*1 	村外の医療機関への通院・福祉施設などへの入所等	村内・郡内・県内
<ul style="list-style-type: none"> 70歳以上独居・高齢者世帯 80歳以上で、日常的に家族による支援が困難と認められた方*2 	診療所、金融機関、公共施設、バス停などへの送迎 その他生活上必要な目的地への送迎 ※福祉車両が必要な方、移動支援サービス等の利用者以外は村内の送迎に限る。	村内

※*1および*2は、別途「利用承認申請書」が必要です

☆利用できる曜日・時間

月曜日から金曜日の午前8時30分から午後5時30分まで（年末・年始と祝日を除く）

☆利用料金

	村内	郡内	県内(中津川市を含む)
片道	200円	1,000円	3,000円
往復	300円		

(参考) 役場の送迎サービス

詳しくは：役場 巡回バス担当 電話48-1008まで

村内巡回バス 運行日：平日(月)～(金) ☆要予約(原則前日まで) 料金：1乗車100円(三岳線から村内便への乗り継ぎは200円)

・村内全域 予約制で1時間に1便程度運行

三岳交流センターバス停行き 巡回バス 運行日：平日(月)～(金) 料金：1乗車100円(村内巡回バス便と同時に利用の場合は、合わせて200円) ☆予約不要

・王滝バス停⇒三岳交流センターバス停(10:30発 11:55発 1日2便 木曽福島方面への路線バスに接続)

・三岳交流センターバス停⇒王滝バス停(10:55発 12:20発 1日2便 木曽福島方面からの路線バスに接続)

緊急時の診療所への通院 【役場 巡回バス担当 電話48-1008】までご相談ください。

王滝村介護予防・生活支援事業利用申請書

令和 年 月 日

王 滝 村 長 殿

申請者 住 所

氏 名 印 (続柄)

介護予防・生活支援事業を利用したいので申請します。

利用者 氏 名		住 所	木曽郡王滝村		
		生年月日	大正 昭和	年 月 日生(歳)	
		電話番号			
緊 急 連 絡 先	(氏名) (続柄) (電話番号)				
世 帯 状 況	独 居 ・ 高齢者世帯 ・ 準する世帯(日中独居等)※1				
介護保険法における 要介護認定状況	非該当 ・ 要支援 ・ 要介護 ・ 事業対象者				
障 が い の 有 無	手帳の所持	有(身体 療育 精神) ・ 無			
	疾病等による障がい※2	有() ・ 無			

※1 又は※2に該当して外出支援サービスを利用する方は、別途事業者による利用に係る承認が必要です

1. 地域支援事業

種 目	利用希望サービス・日数	
<input type="checkbox"/> 脳元気教室	月 回	
<input type="checkbox"/> まめまめ運動教室	月 回	
<input type="checkbox"/> フレイル予防教室	月 回	
<input type="checkbox"/> いきいきサロン	月 回	
<input type="checkbox"/> 配食サービス	昼 食 週 回 ・ 夕 食 週 回	
生活支援訪問サービス <input type="checkbox"/> 介護予防ホームヘルプ	・ 生活援助(掃除・洗濯・調理・買い物など) ・ 栄養改善 ・ 心身機能の維持向上	週 回 ・ 月 回 ※サービス利用計画に基づく
<input type="checkbox"/> 生活支援 ホームヘルプ	<input type="checkbox"/> 相談 支援	・ 健康、日常生活に関する相談助言 ・ 安否確認 週 回 ・ 月 回
	<input type="checkbox"/> 生活 支援	・ 家屋内の片付け、家事等の補助 ・ 家周りの簡易な作業補助 ・ 外出の付き添い、補助 ・ 買い物、手続き等代行 週 回 ・ 月 回

2. 地域生活継続支援事業

<input type="checkbox"/> 外出支援サービス	主な行き先	付添い	有	無
	木曽病院 王滝村診療所 金融機関	福祉車両使用	有	無
	公共施設 バス停 商店	車椅子使用	有	無
	その他()			

記入方法：種目欄の□に☑のようにチェックし、必要事項に○印、記入をしてください。

福祉輸送サービス利用承認申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人
王滝村社会福祉協議会 会長 殿

申請者 住所 王滝村 番地
(利用者) 氏名 印

下記の理由により福祉輸送サービス利用の承認を申請します。

1. 申請理由（該当する理由に○）

・傷病等の理由により介助なしでの移動が困難

※下記の証明欄に医師の署名をいただくか、診断書を添付して申請してください

傷病名	
移送を必要とする理由	
必要期間	平成 年 月 日～（ ヶ月程度） ※原則として最長1年で更新をお願いします。
令和 年 月 日 所在地 証明者 医療機関名 医師氏名 印	

・公共交通機関の利用が困難で、家族の就業や長期不在等により日中は独居または高齢者のみの世帯となる等の理由により、日常的に家族による移動の支援を受ける事が困難

同居家族氏名	続柄	年齢	移動の支援が困難な理由（具体的に記載※）
			運転免許証（有・無）
			運転免許証（有・無）
			運転免許証（有・無）

※就業の場合は勤務先及び勤務日（曜日）を具体的に記載してください。

☆申請する事由に該当しなくなった場合は、ご利用いただけなくなります。

☆承認期間が満了した場合は、改めて利用申請書を提出してください。

承認決定欄	承認決定日	令和 年 月 日	事務局長	運行管理責任者	担当者	
	承認期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日				
	特記事項					