医師の証明書(例)

年　　月　　日

阿見町長　　　　　　　　　殿

身体状況等確認書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 対象者 | 氏名 |  |
| 住所 | 阿見町 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |

医療機関記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者の身体状況等 | 何らかの障害  独力で外出  日中もベッド主体で座位を保つ  屋内は概ね自立している  一日中ベッド上で過ごす  車いすへの移乗  外出時に常時車いす又はストレッチ  ャーによる移動が必要な状態である  外出時に常時車いす又はストレッチ  ャーによる移動が必要な状態でない  ある  なし  できる  できない  介助必要  自力で |
| 特記  事項 |  |
| 上記対象者について，外出時に常時車いす又はストレッチャーによる移動が必要な状態であることを認めます。  医療機関名  所在地  電話番号  医師氏名 | |

※本文書の作成にあたり作成料が発生する場合は，医療機関の定める額を申請者又は対象者に請求してください。

（裏面）

**申請者の方へ**

　この文書は，町が通院等の交通費を助成するための条件確認に必要なものです。対象者がその他条件に該当するかを**事前に高齢福祉課までご確認の上**，医療機関に記入の依頼をしてください。記入後は，申請書と一緒に高齢福祉課に提出してくだい。

**医療機関の方へ**

　阿見町では，要介護の認定を受けている高齢者等で一般の公共交通機関を利用することが困難な人に対し，医療機関等への往復に要する福祉タクシー利用料金の一部を助成しています。この文書は，通院等の交通費を助成するための条件確認に必要なものです。対象者がその身体状況等のため，外出時に常時車いす又はストレッチャーによる移動が必要な状態である場合には，表面にご記入いただき，申請者にお渡しくださいますようお願いします（同様の内容であれば，医療機関の任意の様式でも差し支えありません）。

　ご不明な点等がある場合は，高齢福祉課までご連絡ください。

【お問合せ先】

　阿見町役場　保健福祉部

高齢福祉課　高齢福祉係

電話　029-888-1111㈹　内線743