

刀根山小学校区から

阪急蛸池駅・豊中駅までの無料送迎事業

# かがやき号

のご案内

【共催】 刀根山校区福祉委員会  
豊中市社会福祉協議会  
介護老人保健施設かがやき  
柴原地域包括支援センター



## 内容

刀根山小学校区から阪急蛸池駅・豊中駅までの送迎を  
**予約制の乗り合いバス形式**で行う**無料事業**

(水曜日→阪急蛸池駅行/金曜日→阪急豊中駅行を毎週運行!)

## 対象

- ◆刀根山小学校区にお住いの60歳以上のお一人暮らし又は高齢夫婦世帯
- ◆移動に困難があり外出機会の少ない方。買い物や身の回りのことはご自身でできる方。

## 利用方法

登録

お電話にて面談日を調整したあと、担当者がご自宅へお伺いし、面談・登録手続き・利用についての説明等を致します。

申込

登録後、ご利用希望日を**利用前日の13時まで**にご連絡ください。  
1か月前から先着順にてご予約を受け付けます。(各曜日6名まで)  
※蛸池駅着ルートは火曜日、豊中駅着ルートは木曜日までにご連絡ください。

当日

ご自宅前までお迎えに伺い、駅までお送りします。  
帰りは13時30分頃に駅を出発し、順にご自宅前までお送りします。

### 【注意事項】

乗車中以外の時間は自己責任となります。くれぐれも転倒事故等ないようにご注意ください。

※新型コロナウイルス感染症の流行状況により事業を休止することがあります。

裏面もご覧ください。

# ご自宅前まで 送迎します！

ご自宅前で送迎車の停留が難しい場合は、  
最寄りの停留地までの送迎となります。

行き

12:00 駅着

阪急蛸池駅着 阪急豊中駅着  
※ 蛸池コープ裏着 ※ 安藤整形前着  
(水曜日) (金曜日)

帰り

13:30 駅発

阪急蛸池駅発 阪急豊中駅発  
※ 蛸池コープ裏発 ※ 安藤整形前発  
(水曜日) (金曜日)

バスの到着時刻は予約状況・交通事情により前後することを  
あらかじめご了承ください。

お電話にてご予約下さい（前日13時まで）

ご予約の状況によって、送迎の順番は前後します

【お問い合わせ】

介護老人保健施設かがやき 「かがやき号」担当まで  
06-6850-3400  
※平日10時～16時（土日祝休み）

## 外出支援サービス「かがやき号」ご登録に際して

この度はお問い合わせいただきありがとうございます。「かがやき号」は刀根山小学校区にお住まいで日常的な買物でお困りの方を対象に、阪急蛍池駅・豊中駅までの送迎を無料でさせていただきます。

外出機会の提供による介護予防も目的にしておりますので、ご登録の際にご希望と共にお困りの状況なども聞き取らせていただいております。一回の送迎人数に限りがあり、ご登録・利用回数に制限を設けさせていただく場合がございますので、あらかじめご了承ください。

下記内容をご確認の上、ご登録・ご利用ください。

### 記

**対象：**刀根山小学校区内、60歳以上のお一人暮らしまたは高齢世帯で、移動に困難があり外出機会の少ない方。買物や身の回りのことはご自身でできる方。

**運行日時：**毎週水曜日（阪急蛍池駅）・金曜日（阪急豊中駅） 11時～14時

＜送迎時間＞ ご自宅前まで送迎を行います。送迎時間は前日の17時までにご連絡させていただきます。

※交通事情や利用人数により、時間は毎回変動する場合があります

**利用方法：**まずはお電話にて面談日を調整、担当者がご自宅に伺い面談・登録手続き・利用説明の調整をさせていただきます。

↓

登録後ご利用希望日を1日前（水曜日ご希望ならその前の火曜日）の13時までにご連絡ください。2週間前から先着順にてご予約を受け付けます。

＜各曜日6名まで＞

↓

当日は集合場所までお迎えに伺い、他の利用者と共に阪急蛍池駅 or 豊中駅までお送りします。お送りは13時30分に各駅を出発し順にご自宅までお送りします。

**注意事項：**送迎車両を降りてから、買い物の間は自己責任となります。

くれぐれも転倒事故等がないように、ご注意ください。

以上

お問い合わせ・ご予約受付は…

**介護老人保健施設かがやき 06-6850-3400**

平日 10:00～16:00 「かがやき号」担当まで。

※前日のご連絡は13:00までとなります。

# 外出支援サービス「かがやき号」利用申込書

令和 年 月 日

介護老人保健施設かがやき 施設長 殿

## 下記の注意事項について、同意のうえ、利用を申込します

- 注意事項
- ① 送迎車を降りてからの買い物中は、ご自分の責任になります。事故等に十分お気をつけください。
  - ② 集合時間をお守りください。お時間になっても来られない場合は出発することがあります。
  - ③ 送迎人数に限りがありますので、ご希望にそえない場合があります。

|       |       |       |                  |                  |
|-------|-------|-------|------------------|------------------|
|       |       | 申込者氏名 |                  |                  |
| 利用者氏名 | フリガナ  | 男 女   | 生年月日             | 大正・昭和・平成         |
|       |       |       |                  |                  |
| 住所    | 〒     |       | 電話番号             | 自宅：              |
|       |       |       |                  | 携帯：              |
| 緊急連絡先 | 連絡先順位 | 氏名    | 続柄               | 住所               |
|       | 1     | フリガナ  |                  | 〒                |
|       |       |       |                  | 自宅 ( )<br>携帯 ( ) |
|       |       |       |                  | 【勤務先】 TEL        |
| 2     | フリガナ  |       | 〒                |                  |
|       |       |       | 自宅 ( )<br>携帯 ( ) |                  |
|       |       |       | 【勤務先】 TEL        |                  |

特記事項 (担当ケアマネ・相談支援専門員等)

\*この欄は記入しないでください。

利用者ID番号 NO

施設受理番号 NO

希望 第一希望 水曜・金曜 第二希望 水曜・金曜