

苓北町地域ふれあい支援通所事業利用申請書

苓北町長

様

平成 年 月 日

住所
申請者
氏名

印

地域ふれあい支援通所事業を利用したいので次のとおり申請いたします。

対象者	氏名			生年月日		性別
	住所			電話		男女
同居家族	氏名	続柄	生年月日	住所略図		
緊急時の連絡先						
	氏名	続柄	職場名	電話番号		
利用者の事業に対する希望						
民生委員の意見等						

下記の調査表に必要事項を記入もしくは 印をしてください。

調 査 表		
心身の状況	肢体不自由	右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 その他()
	視力	普通 弱視 全盲
	聴力	普通 やや難聴 難聴
	言語	普通 やや難 難
	精神障害	なし 軽度 中度 重度(問題行動:)
	理解度	普通 やや難 難
	身障手帳	なし 有(肢体聴視内言) ()級
	その他特記事項	
日常生活状況	歩行	自立 一部介助 全介助
	入浴	自立 一部介助 全介助
	食事	自立 一部介助 全介助
	排泄	自立 一部介助 全介助
	着脱衣	自立 一部介助 全介助
		その他特記事項
健康状況	健康状態	良好 普通 あまり良くない
	主な疾患	
	かかりつけ病院	
	治療	通院 月 回
その他	生活保護	有 無
	健康保険	保険の種類(政 組 日 船 共 国 後期) 記号番号 ()
老人クラブ活動への参加状況等		
備考		