様式－１

令和　　年　　月　　日

障害者支援施設梼原みどりの家

**施　設　長　様**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記入者 | 住所 |  | |
|  | 氏名 |  | 印 |
|  | （申込者との関係　　　　　　　　） | | |

**施設利用（生活介護・施設入所支援・短期入所）申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者 |  |  | | 性別 |  | （生年月日）  昭和・平成  年 　月 　日（　 歳） | |
| 住所 | 〒 | | | | | |
| TEL |  | | | | | |
| 手帳  障害 |  | | | | | |
| 障害福祉  サービス  受給者証 | 番　　号 | |  | | | | 市町村（　　　　　　） |
| 障害支援区分 | | 区分（　　　） | | | | |
| 認定期間 | | 年　　月　　日 ～ 　　　　 年　　月　　日 | | | | |
| 現在の状況 |  | | | | | | |
| 施設利用の  理由 |  | | | | | | |
| 現在利用中  の在宅サー  ビス・手当  ・年金など |  | | | | | | |
| 医療保険  障害医療 | 種別：  障害医療： | | | | | | |
| 医療機関の  受診状況 |  | | | | | | |
| 連絡先 | 氏名 |  | | 性別 |  | （生年月日）  昭和・平成  年　 月 　日（ 　歳） | |
| □同居　　□別居　　　※申込者と同居の場合、住所は不要です。  〒  TEL（※必須）　　　　（　　　） | | | | | | |
| 添付書類 | 医療情報提供書（別紙）、生活・介護状況調書（別紙） | | | | | | |

生活・介護状況調書（1/2）

記入日：令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者 |  | | | 性別 | |  | 生年月日 | 昭和・平成  　　年　　月　　日（　　歳） |
| 住　所 | 〒  TEL　　　　　（　　　） | | | | | | | |
| 障害支援区分 | |  | 認定期間 | | 年 　月 　日 ～　 　　 　年 　月 　日 | | | |

生活・介護状況

|  |  |
| --- | --- |
| 食　　事 | 主　食：  副　食：  自助具：  嚥下・介護状況 |
| 衛　　生  清　　潔 | 歯の状態  歯磨き  洗顔・整髪  整理整頓 |
| 入　　浴 | 形　態：  洗体・衣服着脱・介護状況 |
| 更衣着脱 | 介護状況 |
| 排　　泄 | 排尿・介護状況  排便・介護状況 |
| 移　　乗  移　　動 | 移乗・介護状況  移動・介護状況 |

生活・介護状況調書（2/2）

記入日：令和　　年　　月　　日

申込者（　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 会　　話 | 意思疎通  言葉の理解  文字の理解 |
| 会　　話 | 電話の使用  対人関係  その他（趣味等） |
| 視　　覚  聴　　覚 | 視覚  聴覚 |
| 医　　療  看　　護 | 服薬内容  服薬状況  皮膚疾患  アレルギー  その他 |
| 通院状況 |  |
| リハビリ |  |
| 金銭管理 | 金銭の出納  金銭の管理 |
| そ の 他 |  |