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 |  |