

障害者支援施設榊原みどりの家  
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	フリガナ 氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(生年月日) <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 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 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 )			
	認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(生年月日) <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ( 歳)
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ( 歳)
住 所	〒  TEL ( )				
障害支援区分		認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 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

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	