

様式第1号（第9条関係）

年 月 日

障害福祉サービス事業（生活介護・就労継続支援B型）利用申請書

（あて先）土岐市社会福祉協議会長

申請者 住所

氏名

利用者との続柄（ ）

次のとおり申請します。

| | | | | | |
|----------------|----------|-----------------------|------|--------|-------------------|
| 利用者 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日生 | |
| | 氏 名 | | 性別 | 男・女 | |
| | 居住地 | 〒 | | | 電話番号 |
| 障害福祉サービス受給者証 | | 番号 | | 認定区分 | |
| 利用希望 （をつける） | | 生活介護【身体障害者デイサービスセンター】 | | | |
| | | 就労継続支援B型【ひだ作業所】 | | | |
| サービス利用の状況 | 障害福祉サービス | 利用中のサービスの種類と内容等 | | | |
| | 介護保険 | 要介護認定 | 有・無 | 要介護度 | 要支援・要介護 1 2 3 4 5 |
| | | 利用中のサービスの種類と内容等 | | | |

障害福祉サービス受給者証を添付してください。

様式第2号（第9条関係）

健康診断書

| | | | |
|------------|---|------|-------------|
| 住所 | | | |
| 氏名 | | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 |
| 既往歴 | 結核性疾患 | 有（ | ）・無 |
| | 精神病 | 有（ | ）・無 |
| | 慢性感染症疾患 | 有（ | ）・無 |
| | その他 | | |
| 現病歴 | 病名（特に他に感染の恐れのある疾患） 疾患（ 有 ・ 無 ） 1 . 3 . 2 . 4 . 病状（病名に対するもののほか血圧等の診察所見について） 症状（ 有 ・ 無 ） 機能障害（ 有 ・ 無 ） 検査 胸部 X - P（撮影することを原則としてその結果を記入するが、無症状で撮影困難者は検査不要とする） 撮影（ 有 ・ 無 ） 撮影結果所見（ 異常あり ・ 異常なし ） HCV 抗体（申請初回実施・過去に陰性確認済者は検査不要） 検査有（結果：） 検査なし HBs 抗体原（申請初回実施・過去に陰性確認済者は検査不要） 検査有（結果：） 検査なし MRSA（慢性感染症が無ければ検査不要） 検査有（結果：） 検査なし | | |
| 上記のとおり診断する | | | |
| | | 平成 | 年 月 日 |
| | | 住所 | |
| | | 医師 | |
| | | 氏名 | 印 |

様式第3号（第9条関係）

診 療 情 報 提 供 書

平成 年 月 日

紹介回答医療機関 住所
 医師氏名 印

患 氏名 生年月日 昭和・平成 年 月 日 男・女
 者 住所 Tel.

病名 有（ ）無

寝たきり度（該当するものに ）

- J 一部自立 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。
- A 準寝たきり 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。
- B 寝たきり1 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上の生活が主体であるが、座位を保つ。
- C 寝たきり2 一日中ベッドで過ごし、排泄・食事・着替において介助を要する。

日常生活活動(ADL)の状況（該当するものに ）

| | | | |
|----|--------------|----|--------------|
| 移動 | 自立・一部介助・全面介助 | 食事 | 自立・一部介助・全面介助 |
| 排泄 | 自立・一部介助・全面介助 | 入浴 | 自立・一部介助・全面介助 |
| 着替 | 自立・一部介助・全面介助 | 整容 | 自立・一部介助・全面介助 |

現病歴に対する留意事項

その他福祉サービスに必要な情報及び連絡事項(入浴及び送迎等について)

| | | |
|------|---|---|
| 入 浴 | 可 | 否 |
| 送 迎 | 可 | 否 |
| 機能訓練 | 可 | 否 |

その留意事項

その他の事項