

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	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			
			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

年 月 日

紹介回答医療機関 住所
医師氏名

印

患者 氏名 生年月日 年 月 日 男・女
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