

様式第1号(第5条関係)

地域活動支援センター事業利用申請書

年 月 日

竹田市福祉事務所長 様

地域活動支援センター事業を利用したいので、次のとおり申請します。

申請者	住 所			
	氏 名		電話番号	
	申請に係る児童			
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
	障害程度等	身体障害者手帳	第	号
療育手帳		第	号(A1 A2 B1 B2)	
精神障害者保健福祉手帳		第	号	級
疾 病 名				
サービス 利用状況	介護給付費 訓練等給付費			
	介護保険	要介護度( )		
	地域生活 支援事業			
希望内容	事業所			
	日 数	( )日/月		
	理 由			
所得区分	1 生活保護世帯 2 市民税非課税世帯 申請者年収 円 3 市民税課税世帯			
減免申請	<input type="checkbox"/> する 申請者資産等の額 円 配偶者資産等の額 円			
	<input type="checkbox"/> しない			

地域活動支援センター事業の支給決定に係る所得等の調査について同意します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

配偶者氏名 \_\_\_\_\_ 印

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 続柄(                      )		
氏名	印	連絡先	
住所	〒		

## 身体状況等調査票

氏 名 \_\_\_\_\_

心 身 の 状 況	肢 体	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 右半身 <input type="checkbox"/> 左半身 <input type="checkbox"/> その他
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴
	言 語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し不自由 <input type="checkbox"/> 不自由
	デイサービスの 利用にあた っての留意点	
健 康 状 態	健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> あまりよくない(症状: _____)
	治療状況	通院( _____ 月・ _____ 週 _____ 回) 往診( _____ 月・ _____ 週 _____ 回)
	服 薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(1日 _____ 回 _____)
	医療機関 名 称 等	
	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( _____ )
	かかりつけの医師等から日常生活上の注意をされていることがあれば記入してください。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 80px; margin-top: 10px;"></div>	