

# 社会福祉法人豊明会 短期入所かつらっぱ 利用申込書



申込日
平成
年
月
日

利用希望児童氏名	①	性別	男 ・ 女			
生年月日	平成	年	月	日	年齢	歳
現住所	〒 -					
電話番号	( )	-	携帯電話			
緊急連絡先	①氏名：		続柄 ( )	連絡先：		
	②氏名：		続柄 ( )	連絡先：		
家族構成	氏名	年齢	続柄	住所	職業	
現在の就学状況	学校名・学年：		電話番号			
障害の種類	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 ( ) 級		<input type="checkbox"/> 療育手帳 (A・B 判定)			
身体の障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位： ) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( ) 級					
障害程度区分 認定の有無	<input type="checkbox"/> あり (区分：1 2 3 4 5 6) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中					
短期入所認定の有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日					
福祉サービス状況	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 利用中 ( )					
障害名 (病名)						
既往症						
かかりつけ病院					担当医	
内服中の薬						
保険関係	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生活保護					
医療費の助成等	<input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 重度心身医療 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
生活歴						

裏面続きあり

項目		現 状（詳しい状況を記載）				
ご本人の様子	食事行為	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	排泄行為	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	入浴行為	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	整容行為	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	移動(屋内外)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	睡 眠					
	危機管理					
	意思伝達					
	対人関係					
趣味・余暇活動						
本人の希望						
家族の希望						
受付	平成	年	月	日 受付け	担当職員	㊟

**申し込み時の注意事項**

※利用申込までに記入していただきますようお願い致します。

※利用申請に当り、受給者証や処方箋等の情報が必要となります。

上記の通り、記載事項に相違ありませんので利用の申し込みを致します。

また、貴施設が利用希望者を円滑に支援するため、かかりつけ病院や行政機関等に情報の提供を求めたり、必要に応じて、この申込書記載事項の情報を開示することに同意致します。

同意欄	平成	年	月	日	利用希望者氏名	㊟
-----	----	---	---	---	---------	---