

利 用 許 可 申 請 書

平成 年 月 日

下川町長 安 齋 保 様

申請者 氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

本人との続柄 _____

下川町立デイサービスセンターを利用したいので次のとおり申請します。

利用対象者	ふりがな 氏 名	性 別	(男 ・ 女)	
	住 所			
	電話番号			
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	生活保護の有無 (有 ・ 無)	
	要介護度		担当介護支援専門員等	
申請理由				
身 体 状 況	動 作 状 況	特 記 事 項		
	移 動	全介助 ・ 一部介助 ・ 自立		
	食 事	全介助 ・ 一部介助 ・ 自立		
	入 浴	全介助 ・ 一部介助 ・ 自立		
	着 脱	全介助 ・ 一部介助 ・ 自立		
	排 泄	全介助 ・ 一部介助 ・ 自立		
障害高齢者日常生活自立度	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2			
精 神 状 況	※認知症の有無・精神状況等について記入			
認知症高齢者日常生活自立度	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M			
健 康 状 況	通 院 状 況			
	病 院 名			
	主 治 医			
	治療中の疾病			
	通 院 状 況			
	昼食時の服薬	あり ・ なし	あり ・ なし	
	服 薬 管 理	本人 ・ 家族	本人 ・ 家族	
	既往歴(今までで一番大きな病気)		発病年月日 頃	
身体障害者手帳(あり・なし)		交付年月日 年 月 日		
ご家族の連絡先 ※緊急時連絡先に指定されるご家族は一番上段へご記入下さい。	ふりがな 氏 名	続 柄	住 所	電話番号