

# 利 用 許 可 申 請 書

平成 年 月 日

下川町長 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	