生活支援ハウス利用申請書

令和　　年　　月　　日

玉　名　市　長　様

　　　　　　　　　　申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　行政区（　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　電話

　生活支援ハウスを利用したいので､次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏名 | | |  | | 生年月日 | | Ｍ・Ｔ・Ｓ　年 　月　　日 | | 性　別 |
| 住所 | | |  | | 電　話 | |  | | 男・女 |
| 緊　急　時　連　絡　予　定　者 | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | | | | | 続　柄 | 年齢 | 住　　所 | | 電話番号 | |
|  | | | | |  |  |  | |  | |
|  | | | | |  |  |  | |  | |
|  | | | | |  |  |  | |  | |
|  | | | | |  |  |  | |  | |
| 希望施設内容 | | | | | 普通室・車椅子用室 | | | | | |
| 収　入　の　種　類 | | | | | | | 前　年　の　収　入　額 | | | |
|  | | 国民年金（基礎・障害・遺族） | | | | | 円 | | | |
|  | | 厚生年金（基礎・障害・遺族） | | | | | 円 | | | |
|  | | 公務扶助料等 | | | | | 円 | | | |
|  | | その他 | | | | | 円 | | | |
| 民生委員の意見等 | | | 民生委員氏名 | | | | | | | |

※　下記の調査票に必要事項を記入もしくは○印をつけてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 調　　　　　　査　　　　　　書 | | | | | | | |
| 心身の状況 | 肢体不自由 | 1上肢　2下肢　3右半身　4左半身　5その他（　　　） | | | | | |
| 視力 | 1普通　2弱視　3全盲 | | | | | |
| 聴力 | 1普通　2やや難聴　3難聴 | | | | | |
| 言語 | 1普通　2少し不自由　3不自由 | | | | | |
| 精神障害 | 1なし　2軽度　3中度 | | | | | |
| 理解度 | 1普通　2やや難　3難 | | | | | |
| 身体障害 | 1なし　2有（肢・聴・視・内・言）（　　種　　級） | | | | | |
| 介護程度 | 起床 | 1独力で可　2手を貸せば可　3起き上がれない | | | | | |
| 歩行 | 1歩ける　2少し歩ける　3手を貸せば歩ける　4歩けない | | | | | |
| 車椅子 | 1必要ない　2使用している　3使用できない | | | | | |
| 食事 | 1一人でできる（はし・スプーン）2一部介助　3全介助 | | | | | |
| 排泄 | 1一人でできる　2一部介助　3全介助 | | | | | |
| 洗面 | 1一人でできる　2一部介助　3全介助 | | | | | |
| 入浴 | 1一人でできる　2一部介助　3全介助 | | | | | |
| 着脱衣 | 1一人でできる　2一部介助　3全介助 | | | | | |
| 健康状態 | 健康状態 | 1良好　2普通　3あまり良くない | | | | | |
| 伝染病疾病 | 性病（有・無）　胸部疾患（有・無） | | | | | |
| 主病名 |  | 主医療機関名 | | |  | |
| 治療 | 往診（月・週）　　回　　　通院（月・週）　　回 | | | | | |
| その他 | 健康保険 | 政・組・日・船・共・国 | | | 生活保護 | | 有　・　無 |
| 保険者名 |  | | 記号番号 | | |  |
| 備考 |  |  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 判定 | 介護保険認定申請状況　　　　有・無  要介護度　　自立・要支援・要介護1・要介護2 |