様式第５号（第６条関係）

令和　　年　　月　　日

川南町長　　　　　様

（申請者）住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　印

電話番号

日中一時支援事業利用登録申請書

日中一時支援事業を利用したいので、次のとおり利用登録の申請をします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | 男・女 | 生年月日 | | 年　　月　　日生  （　　　歳） |
| 氏名 | |  | |
| 住所 | | 〒  川南町大字　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　） | | | | | |
| 障害者手帳番号 | | 身体：  知的： | 障害名  等級等 | | |  | |
| 学校名等 | | 学校　　　　年在学中　　　その他（　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 現在利用中の障害福祉サービス名 | |  | | | | | |
| 健　　　康　　　状　　　態 | 状況 | ・良好　　　・やや不良　　　・不良  不良の状態（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 病歴 | 持病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  かかりつけの病院名等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 発作 | ・有　　　・無  頻度：　　　　回／週・月・年　　様子（　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 服薬 | ・定期　　　・不定期　　　・服薬なし  薬品名（　　　　　　　　　　　　　　）を　　　日に　　　回服用 | | | | | |
| 視覚・聴覚 |  | | | | | |
| 運動機能 |  | | | | | |
| 生　　　活　　　状　　　態 | 身辺処理 | 食　事（自立・一部介助・全介助）　着脱衣（自立・一部介助・全介助）  排　便（自立・一部介助・全介助）　排　尿（自立・一部介助・全介助） | | | | | |
| 理解程度 | ・会話を理解できる　　　　　　　・簡単な言葉や身振りを理解できる  ・働きかけに多少の理解を示す　　・全く理解できない | | | | | |
| 表現程度 | ・文章で表現する　・言葉で表現する　・単語で表現する　・意志表示なし  ・身振りやサインで表現する　・意味の不明な声や身振りで表現する | | | | | |
| 対人関係 | ・良好　　・ほぼ良好　　・困難　　・かなり困難  困難な場合：　・攻撃的　　　・反抗的　　　・排他的　　　・拒絶的 | | | | | |
| 行動上の問題点 |  | | | | | |

利用を希望する事業所名（　　　　　　　　　　　　　　）

希望する利用時間　　　（　　　　　　　　　　時間/月）

同 意 書

本申請（介護給付費・訓練等給付費、旧法施設支援費、その他障害者総合支援法に伴うサービス、障害児通所給付費）の支給決定、負担額決定等に際し必要があるときは、私及び私の世帯員に係る所得及び課税の状況について実施機関が官公署に調査を委託し、または地方税法に基づく町県民税の課税台帳、固定資産税の課税台帳により確認されること、及び生活保護受給状況、年金受給状況、健康保険情報を関係機関に確認されることについて同意します。

また、この同意内容が、次回申請以降も継続されることについても承認します。

川 南 町 長 殿

令和 年 月 日

住 所

氏 名