

様式第1号

平成 年 月 日

社会福祉法人  
 恵庭市社会福祉協議会  
 会 長

様

住 所  
 申請者 氏 名  
 (電話番号) 印

社会福祉法人恵庭市社会福祉協議会  
 高齢者等外出支援サービス利用登録申込書

外出支援サービスを受けたいので、次により登録を申し込みます。

審査事項の 確認方法	<input type="checkbox"/> 自分で証明書（住民票）を用意して添付する。 <input type="checkbox"/> 恵庭市からの住民基本台帳、介護認定、障害種別等級の情報提供に同意する。					
申 込 者 の 状 況	住 所	〒 —				
	氏 名				性別	男 ・ 女
	生年月日	年	月	日	年齢	歳
	区 分	<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	要介護認定	自 立          要支援    1 ・ 2          要介護 ( )				
主たる 利用目的	<input type="checkbox"/> 通院（通院先： /通院頻度 週・月 回） <input type="checkbox"/> その他 ( )					
主たる 付添人	氏名				性別	男・女
	住所				本人との関係	
備 考						

※下の欄は記入しないで下さい。

審 査	居住状況					確認方法	<input type="checkbox"/> 証明書 <input type="checkbox"/> 恵庭市	<却下理由>
	確認日	年	月	日	確認者氏名			
決 裁	局 長	次 長	課 長	主 査	担 当	合 議	審査の結果、利用を決定・却下してよろしいか伺います。 平成 年 月 日	登録番号

< 裏 面 >

## 個 人 票

本 人 の 状 態	概 要						
	既 往 症		病 名			発病年月	年 月
	治 療 状 況		医 療 機 関 名			受 診 状 況	注射、投薬、治療：週・月 回
	日 身	身 体	身 長           c m	体 重   k g	歩 行	自 力 可	一 部 介 助   全 介 助
	常 体	言 語	正 常           軽 度           不 自 由	排 泄		自 力 可	一 部 介 助   全 介 助
	動 及	視 力	正 常   弱 視   高 度 弱 視	聴 力		正 常           軽 度           難 聴	
	作 び	お む つ	な し           夜 の み           昼 夜	着 脱 衣		自 力 可	一 部 介 助   全 介 助
	障 害 等 級		種           級		手 帳 の 交 付 理 由		
	精 神 症 状		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 精神障害あり（認知症、不安、抑うつ状態、興奮、幻覚、妄想、せん妄、睡眠障害）				
	住 宅 の 状 況		<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> 集合住宅 <input type="checkbox"/> その他（                    ）				
支 援 項 目	日 常 生 活						
	対 人 関 係						
	連 絡 調 整						
他 の サ ー ビ ス 利 用 状 況		<input type="checkbox"/> 介護保険サービス（                    、週            回） <input type="checkbox"/> 配食サービス（週            回） <input type="checkbox"/> 緊急通報システム事業 <input type="checkbox"/> 訪問サービス <input type="checkbox"/> その他（                    ）					
世 帯 状 況	氏 名	年 齢	性 別	続 柄	備 考		