

住民参加型在宅支援サービス利用会員 登録申込書

平成 年 月 日

社会福祉法人
小坂町社会福祉協議会長 様

申込者
住所

氏名 印

電話 - 利用者との続柄
()

下記のとおり住民参加型在宅支援サービス利用会員の申し込みをいたします。

利用者	区分	1・高齢者（一人暮らし、老人世帯、その他） 2・障害者 3・有病者			
	住所	小坂町		電話番号	
	ふりがな	-			
	氏名			性別	男・女
日常生活状況	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
		年齢	満	歳	
日常生活状況	動作	自立	一部介助	全介助	特記事項
	歩行				
	洗面				
	食事				
	排泄				
	衣類の着脱				
	入浴				
健康の状況	1・良好 2・普通 3・通院中 4・往診 (病名:) (病院:) 身体障害者手帳 有 無 (種 級)				

サービスを必要とする理由						
	希望するサービスの内容	介護・介助	家事援助	除雪	移送	
		1・入浴介助	1・日用品買い物	1・玄関周辺	1・町内外の 通院時の移送	
		2・食事摂取介助	2・食事の支度	2・逃げ場確保		
		3・清拭・洗髪	3・掃除・整理整頓	3・ガスボンベ周辺		
		4・車椅子介助	4・身の回りの世話	4・灯油タンク周辺		
		5・排泄介助	5・衣類洗濯・補修	5・屋根回り他		
		6・衣類着脱介助	6・留守番	6・その他		
		7・体位交換介助	7・手紙・書類代筆			
		8・通院・外出介助	8・薬受取			
9・その他介助に関すること	9・その他必要と認めるサービス					
家族構成	氏名	続柄	年齢	職業	電話	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
	緊急連絡先					
特記事項	本人に関することや他に受けている福祉サービスなど。					