

## 在宅介護支援事業利用申請書

〔訪問理美容サービス事業〕

年 月 日

桂 川 町 長 様

申請者 住 所 桂川町大字  
(行政区: )  
氏 名 (印)  
(利用者との続柄: )  
(連絡先 - )

在宅介護支援事業〔訪問理美容サービス事業〕の利用を申請します。

1 利用者	氏 名		性別	男・女	電話番号	—
	住 所	桂川町大字			行政区	
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	年 齢 満 歳
2 世帯の状況	氏 名	年 齢	利用者との続柄		備 考	
			本 人			
3 身体及び日常生活動作	(1) 身体状況			(2) 日常生活動作状況		
	視 力	普通・弱視・全盲		歩 行	自分で可・一部介助・全介助	
	聴 力	普通・やや難聴・難聴		排 泄	自分で可・一部介助・全介助	
	言 葉	普通・少し不自由・不自由		食 事	自分で可・一部介助・全介助	
	褥 瘡	無・有(程度 )		入 浴	自分で可・一部介助・全介助	
	おむつ	無・有(昼夜・夜のみ)		着脱衣	自分で可・一部介助・全介助	
4 精神状況	精神状態	正 常 ・ 認 知		問題と思われる行動	有 ・ 無	
	記憶障害	重 度 ・ 中 度 ・ 軽 度		(具体的に記入)		
	失見当	重 度 ・ 中 度 ・ 軽 度				
5 健康	健康状態	良好・普通・あまり良くない( )				
	主病名	(3)主医療機関名				

※ 別紙を参考に必要事項を記入し、該当するところに○印をつけてください。