**訪問理美容サービス利用券交付申請書**

加　西　市　長　様

申請者　郵便番号

住　　所

氏　　名

（電 話： ）

（対象者との続柄：　　　　　　　　）

　訪問理美容サービス利用券の交付を受けたいので、加西市訪問理美容サービス事業実施要綱第５条の規定により、下記のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住所 |  |
| 被保険者番号 |  |
| 要介護認定区分 |  |
| 担当介護支援専門員(ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ）の　有 ・ 無 | 有の場合（事業所名）（氏名）　　　　　　　　　　（電話） |

【日常生活動作の状況】 該当する所を○で囲んでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事　項 | １ 自分で可 | ２ 一部介助 | ３ 全介助 |
| ア 座位保持 | １ 背もたれを用いなくとも、　 自力でできる | ２ 背もたれを用いると、座位　 保持できる | ３ 背もたれを用いても、座　 位保持できない |
| イ 歩　　行 | １ 何も持たずに、継続して　 5m程度歩行できる | ２ 何か持つと、継続して　 5m程度歩行できる | ３ 何を持っても、継続し　 て5m程度歩行できない |
| ウ 移　　乗 | １ 介助が必要でない | ２ 介護者に支えてもらうと、　 移乗することができる | ３ 介護者が対象者を抱き　 かかえ、移乗させている |
| エ そ の 他 | 病名・交付が必要な理由 など： |
| オ 身体障害者手帳 | （障害名） |
| （注）**事項ア～ウは、全て記入日より概ね過去１週間において、より頻回な状態を記入して下さい。** |