

社会福祉法人金ヶ崎町社会福祉協議会長 殿

介 護 予 防 活 動 支 援 サ ー ビ ス 利 用 登 録 申 請 書

介護予防活動支援サービスを受けたいので、次のとおり申請します。

ふりがな 氏 名	印 (男・女) M.T.S 年 月 日生
住 所	金ヶ崎町 自宅電話 - -
利用日	毎週 曜日、 曜日 回
料 金	介護予防活動支援サービスは1回1,200円の個人負担になります。
家族状況	家族構成 (1 単身 2 高齢者世帯 3 その他) 家族状況 (1 日中不在 2 在宅・交流あり 3 在宅・交流なし)
区 分	高齢者 (介護度申請中、介護度なし) その他 ()
現在の疾患名 通院	疾患名 () (頃から) 未受診、 通院 回/月・週 往診 回/月・週 服薬 1 なし 2 あり かかりつけ医 ()
緊急時連絡先	ふりがな 利用者との関係 () 氏名 男・女 (歳) (自宅電話 - -) (携帯電話 - -) 勤務先 勤務先電話 - -
生活に関する 状況	移動 (歩行) 1・2・3 () 認知 1・2・3 () 排泄 1・2・3 () 四肢機能 問題 無・有 () 着替え 1・2・3 () 視力 問題 無・有 () 整容 1・2・3 () 聴力 問題 無・有 ()
総合判断	承認：可・不可 コメント：