様式第１号

在宅身体障害者ディサービス利用申込書

平成　　年　　月　　日

八百津町長　　様

申込者　住　所

氏　名

（電　話　　－　　）

ディサービスを利用したいので、次のとおり申し込みます。

<table>
<tr><td colspan="9"></td><td>自治会名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">利用者</td><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td colspan="5">明治 大正
年　　月　　日
昭和 平成</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3"></td><td>性　別</td><td>男・女</td><td>年　齢</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>身体障害者手　　帳</td><td>番 号</td><td></td><td>等 級</td><td>1級　2級</td><td>障害</td><td colspan="2">下肢障害
体幹障害</td></tr>
<tr><td>療育手帳</td><td>番号</td><td></td><td>等級</td><td colspan="3">A　　A１　　A２</td></tr>
<tr><td colspan="2">希望するサービスの番号に○印を付けてください。</td><td colspan="7">１．入浴サービス　　２．食事サービス　　３．生活指導
４．日常動作訓練　　５．養　　護　　６．家族介護者教室
７．送　　迎　　８．健康チェック</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="8">家族の状況</td><td>氏　　名</td><td>続柄</td><td>生年月日</td><td>年齢</td><td>性別</td><td>職業</td><td>主たる介護者</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>