

様式第1号（第6条関係）

生きがい活動支援通所事業いきいきサロン利用申請書

令和 年 月 日

小布施町長 様

申請者
住 所 _____
氏 名 _____

小布施町生きがい活動支援通所事業いきいきサロン実施要綱第5条により、いきいきサロンを利用したいので、申請します。また、この事業の決定に必要な状況等を町が調査・確認すること、事業に必要な範囲で事業受託者に情報提供することに同意します。

| | | | | | |
|--------|-----------|---|--------------|-------------------------|-------|
| 利用対象者 | 住 所 | 小布施町大字 自治会 () | | 電 話 番 号 | |
| | フリガナ | | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 氏 名 | | | 年 齢 | 歳 |
| | 申 請 理 由 | | | | |
| | 希 望 施 設 名 | ・桃源荘サロン ・Reborn (リボーン) | 希望日 | 年 月 日から 月・火・水・木・金 曜日 | |
| | 送 迎 | 希望する・希望しない | 昼食 | (リボーン400円) 希望する・希望しない | |
| | 身 体 状 況 | 日常生活動作： 自立・要介助 () 認知症状： なし・あり () 既往症： | | | |
| | 主治医 | () 先生) | | | |
| 世帯員の状況 | 氏 名 | 続柄 | 生年月日 | 性別 | 職 業 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 緊急連絡先 | 氏 名 | 続柄 | 電話番号 (携帯番号等) | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

以下町記入欄

| |
|-----|
| 所見： |
|-----|

| | | | | | |
|---------------------|-----|-----|-----|-------|------|
| 年 月 日 | 課 長 | 係 長 | 担 当 | 事務処理欄 | |
| 給付を 決 定 す る。 却 下 | | | | 台 帳 | システム |
| | | | | 通知書 | 事業所 |

| | |
|-----------------------------|------------|
| 手すりや壁をつたわらなくても階段を上れますか | 0：はい 1：いいえ |
| 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がれますか | 0：はい 1：いいえ |
| 15分くらい続けて歩いたり、畑仕事などができますか | 0：はい 1：いいえ |
| この1年間に転んだことがありますか | 1：はい 0：いいえ |
| 転倒に大きな不安がありますか | 1：はい 0：いいえ |
| 「いつも同じことを聞く」など物忘れがあるとされますか | 1：はい 0：いいえ |
| 自分で電話番号を調べて電話をかけることができますか | 0：はい 1：いいえ |
| 1日に何回も今日が何月何日かわからないときがありますか | 1：はい 0：いいえ |