（様式第１号）（第４関係）

小布施町心身障害児（者）タイムケア事業利用登録証交付申請書

年　　月　　日

　　　　小布施町長　　　様

申請者　住所

　　　　氏名

　　　　続柄

下記のとおり、小布施町心身障害児（者）タイムケア事業利用登録証の交付を受けたいので、小布施町心身障害児（者）タイムケア事業実施要綱に基づき交付申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利 用 者 | | 住　所 |  | 電話番号 |  |
| 氏　名 | （男・女） | 生年月日 | 年 　月 　日(　　歳) |
| 介 護 者 | | 住　所 |  | 電話番号 |  |
| 氏　名 |  | 続　　柄 |  |
| 介 護 者  以外の緊急連絡先 | | 住　所 |  | 電話番号 |  |
| 氏　名 |  | 続　　柄 |  |
| 手当等の受給状況 | | ・特別障害者手当・障害児福祉手当・その他 | | ・受給している　・受給していない | |
| 希望する介護者 | 近隣  ※１ | 住　所 |  | 電話番号 |  |
| 氏　名 |  | 続　　柄 |  |
| 団体等  ※２ | 所在地 |  | 電話番号 |  |
| 団体名 |  | | |
| （注）  ※１　利用者（心身障害児（者）の方を指します。）との関係が民法第877条第1項に規定する扶養義務者（父母、祖父母、子、孫などの直系血族及び兄弟姉妹）及び生計を同じくする同居者は、この事業の介護者とはなりません。  ※２　団体等とは、近隣･知人として介護サービスを行うのでなく、市町村社会福祉協議会、社会福祉法人、福祉公社の他、一定の組織として継続的に繰り返して介護サービスを行う非営利団体などをいいます。  　３　サービスの利用中にかかった飲食物費その他の実費については、利用者の負担となります。 | | | | | |

添付書類　小布施町心身障害児（者）タイムケア事業利用者状況表

（様式第２号）（第４関係）

記入者氏名

　　　続柄

小布施町心身障害児（者）タイムケア事業利用者状況表

年　　月　　日作成

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  利用者氏名 |  | 生年月日 | 年　 月　 日  歳 | 性別 | 男女 | 障害内容・程度 |
|  |
| 介護者氏名 |  | 住所 |  | | ℡ |  |
| 家族以外の緊急連絡先 |  | 住所 |  | | ℡ |  |
|  | | | | | | |
| 利用者の  日中におけ  る活動先 |  | 住所 |  | | ℡ |  |

次の表の該当項目に○をするか、必要事項を記入してください。

１　日常生活動作の状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 自　　　立 | 一　　　　部　　　　介　　　　助 | | | 全　　　介　　　助 |
| 歩  行 | １　普通に歩ける。 | ２　杖等を使用し、時間がかかるが自分でできる。 | | ３　付添いがあれば歩ける。 | ４歩行不可能。 |
| 3-2　車いすを使用 |
| 必要な介助 | | | | |
| 排  泄 | １　自分で昼夜ともトイレでできる。 | ２　介助があれば自分でできる。 | | | ４　自分ではできない。 |
| 必要な介助 | | | | |
| 食  事 | １　自分で箸で食事ができる。 | ２　スプーン等を使用すれば自分でできる。 | ３　スプーン等を使用し、一部介助すれば自分でできる。 | | ４　自分ではできない。 |
| 必要な介助 | | | | |
| 洗  面  歯  磨  き | １　自分でできる。 | ２　介助があれば自分でできる。 | | | ４　自分ではできない。 |
| 必要な介助 | | | | |
| 着  脱 | １　自分で着脱ができる | ２　時間がかかってもどうにか自分で着脱ができる。 | | ３　手を貸せば自分で着脱ができる。 | ４　自分ではできない。 |
| 必要な介助 | | | | |

２　行動特性

|  |  |
| --- | --- |
| 行動特性 | ・内　　　容  ・原因、動機  ・通常の対応 |

３　その他参考事項

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 就寝、起床 | 朝　　　時頃　　夜　　　時頃 | 遊び  趣味 |  |
| 夜　　　尿 | 無　　　有（時々・毎日） |
| 食　　　事 | 偏食（　　　　）アレルギー（　　　　） | 性格 |  |
| 意思の伝達  ・言葉 |  |

４　医療

|  |
| --- |
| かかりつけの医療機関やてんかんなどの治療中の病気がある場合、記入してください。   1. 医療機関の名称 2. 所　　在　　地 3. 電　話　番　号 4. 病　　　　　名 5. 服薬中の薬の種類 |

５　希望事項

|  |
| --- |
| 介護に当たり、希望することや留意事項がある場合、要点を記入してください。 |