

- 今年度、1回目の申請である。(以下の全項目を記入)※中止の申請の場合は不要
- 今年度、2回目以降の利用申請だが、前回から変更がある。(以下の変更がある項目のみ記入)
- 今年度、2回目以降の利用申請で、前回と変更はない。(以下については記入不要)

< 登録内容 >

心身状況	項目	本人の状況				備考		
	意思疎通	聞く	<input type="checkbox"/> 健常	<input type="checkbox"/> やや難	<input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 不可		
		話す	<input type="checkbox"/> 健常	<input type="checkbox"/> やや難	<input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 不可		
		見る	<input type="checkbox"/> 健常	<input type="checkbox"/> やや難	<input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 不可		
	認知症状	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度			
	配慮を要する心身状況							
現病・既往歴	傷病名		医療機関(診療科)		現在の受診			
					<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		
					<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		
					<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		
家族・親族等	氏名	住所		年齢	続柄	電話		
※②、③を申請の場合は見守り協力員3名の登録が必要です。(利用者の自宅から近い方を優先に上から御記入ください)								
見守り協力員		氏名	住所		続柄	電話		
	1							
	2							
	3							
合鍵保有者(いる場合のみ)		氏名	住所		電話			
※ 下記のデイサービスに通っている曜日については②、③を申請する場合のみチェックしてください。								
デイサービスに通っている曜日		<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金	<input type="checkbox"/> 土	<input type="checkbox"/> 日
通っている施設								

課税状況	<input type="checkbox"/> 課税世帯	<input type="checkbox"/> 非課税世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	
決定区分	<input type="checkbox"/> 登録します	<input type="checkbox"/> 登録しません		
決裁	課長	担当長	担当	起案
				決裁
				施行