

様式第1号(第6条関係)

重度身体障害者(児)移送サービス利用申請書

年 月 日

内子町長 様

申請者 住 所 内子町

氏 名 ⑩

電話： ー

次により、重度身体障害者(児)移送サービスを利用したく申請いたします。

なお、重度身体障害者(児)移送サービスを受けるにあたり、重度身体障害者(児)移送サービス実施中又は実施後に生じた症状などの急変については、当方で一切の責任を負うことを確約いたします。

① 利用を必要とする者

住 所 内子町

氏 名

年 月 日生

男女(歳)

② 利用を希望する理由

③ 利用する期間(日)

年 月 日 ～ 年 月 日

(週 日)

④ 重度身体障害者(児)移送サービス利用調査票(別紙)

(別紙)

重度身体障害者(児)移送サービス利用調査票

- | | | | | | | | |
|--------------|-----|----------|------|------|-----|--------|--------|
| 1 麻痺等の有無 | ない | 左上肢 | 右上肢 | 左下肢 | 右下肢 | その他() | |
| 2 関節可動制限域 | ない | 肩 | 肘 | 股 | 膝 | 足 | その他() |
| 3 寝返り | できる | つかまれば可 | できない | | | | |
| 4 起き上がり | できる | つかまれば可 | できない | | | | |
| 5 両足での座位保持 | できる | 自分で支えれば可 | 支え必要 | できない | | | |
| 6 両足つかない座位保持 | できる | 自分で支えれば可 | 支え必要 | できない | | | |
| 7 両足での立位保持 | できる | 支え必要 | できない | | | | |
| 8 歩 行 | できる | つかまれば可 | できない | | | | |
| 9 移 乗 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | | | |
| 10 立ち上がり | できる | つかまれば可 | できない | | | | |
| 11 片足での立位保持 | できる | 支え必要 | できない | | | | |
| 12 タクシー乗降 | できる | 介助必要 | できない | | | | |

※(利用に関する意見)

※(利用に関する意見)は記入しないで下さい。