

第1号様式（第5条関係）

年 月 日

（あて先）京都市地域リハビリテーション推進センター所長

（事業所名）

（所 長）

（担当者）

（住所）〒

印

TEL

FAX

京都市障害福祉サービス事業所等訪問支援事業申込書

次のとおり申し込みます。

希 望 日 時	第1希望	月	日	( )	午前・午後
	第2希望	月	日	( )	午前・午後
	第3希望	月	日	( )	午前・午後

○ 希望する内容について

1	対象者の年齢，性別，基礎疾患等を記載してください。 年齢 歳 ・性別 男女 (基礎疾患等)
2	指導を希望される該当する項目に○をつけてください（複数可）。 (1) 身体機能，運動機能に関すること。 (2) 歩行や座位など基本動作に関すること。 (3) 車椅子の移乗，移動，操作等に関すること。 (4) 食事や排泄等の身辺処理動作に関すること。 (5) 家事，事務処理等の応用動作に関すること。 (6) 作業姿勢，肢位に関すること。 (7) 作業種目の選定，内容等に関すること。 (8) 補装具に関すること。 (9) 車椅子，移動機器等に関すること。 (10) 自助具，補助具等に関すること。 (11) 社会参加，生きがい対策等に関すること。 (12) 職員に対する研修に関すること。 (13) サービス利用計画の立案に関すること。 (14) その他 ( )
3	2について，具体的に困っている点などを記入してください。

受理日 平成 年 月 日	相談課長	地域リハ推進係長 相談判定係長	担当
-----------------	------	--------------------	----