

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）〒

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>

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、基礎疾患等を記載してください。

年齢 歳 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。 | (9) 車椅子、移動機器等に関すること。 |
| (2) 歩行や座位など基本動作に関すること。 | (10) 自助具、補助具等に関すること。 |
| (3) 車椅子の移乗、移動、操作等に関すること。 | (11) 言語・コミュニケーションに関すること。 |
| (4) 食事や排泄等の身辺処理動作に関すること。 | (12) 社会参加、生きがい対策等に関すること。 |
| (5) 家事、事務処理等の応用動作に関すること。 | (13) サービス利用計画の立案に関すること。 |
| (6) 作業姿勢、肢位に関すること。 | (14) 体力測定に関すること。 |
| (7) 作業種目の選定、内容等に関すること。 | (15) その他（ ） |
| (8) 補装具に関すること。 | |

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： 年 月 日 FAX 受付担当

◆ E-mail でのお申込みの場合は、必要事項を入力の上、<申込書>と<情報提供書>をメールで送信してください。メールの件名は【事業所訪問申込み】としてください。

※ 誤送信にご注意ください。

◆ FAX と郵送によるお申込みの場合は、必要事項を記入の上、<申込書>を FAX で、<情報提供書>を郵送で、それぞれお送りください。

※ <情報提供書>は、個人情報保護のため、FAX では送らないでください。

【申込先】 京都市地域リハビリテーション推進センター相談課

〒604-8845 京都市中京区壬生東高田町1番地の20 COCO・てらす1階

TEL (075) 925-7800/FAX (075) 925-5920

E-mail[申込み専用]rehabili-chiiki@city.kyoto.lg.jp