

地域リハビリテーション活動支援事業利用申請書

年 月 日

小郡市長 あて

申請者 氏名

申請書を持参した人 氏名 (申請者との続柄:) 住所 電話番号
--

地域リハビリテーション活動支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

※太枠内を記入してください。

利用者氏名	男・女	生年月日	年 月 日 ()歳
住 所	小郡市	電話番号	
希望専門職	<input type="checkbox"/> 理学療法士 ・ <input type="checkbox"/> 作業療法士 ・ <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 ・ <input type="checkbox"/> その他()		
希望日時	【第1希望】 年 月 日(曜日) 午前・午後 時 分 ~ 時 分		
	【第2希望】 年 月 日(曜日) 午前・午後 時 分 ~ 時 分		
実施場所			
介護認定状況	区 分	認定あり(要支援1・要支援2・要介護1・要介護2)・認定なし	
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	被保険者番号		
	現在サービス利用	あり()・なし	
本人の状態			
専門職に求めること	担当者氏名		

受付(決定)年月日	上記の申請については、次のとおり決定する 承認する・承認しない	【決定内容】		
	※承認しない場合の理由	担当者	係長	課長