

様式第 1 号（第 7 条関係）

年 月 日

壬生町長

様

住 所 壬生町

氏 名

生年月日 年 月 日（ 歳）

電話番号（ ）

生きがい活動支援通所事業利用申請書

生きがい活動支援通所事業を利用したいので、次のとおり申請いたします。

利用開始希望日	年 月 日から
利用希望回数等	月・週 回 曜日
利用希望会場	
身体状況	＊身長 cm ＊体重 kg ＊血液型 型 ＊視力 普通・弱視・全盲 ＊聴力 普通・やや難聴・難聴 ＊言語 普通・少し不自由・不自由
心身状況	＊疾病 有（疾病名 ）・無 ＊身体障害 有（ 種 級・障害名 ）・無
医師の受診	＊有（医療機関名 ）・無 主治医 電話
日常生活動作の状況	＊歩行 自分で可・一部介助 ＊排泄 自分で可・一部介助 ＊食事 自分で可・一部介助 ＊入浴 自分で可・一部介助 ＊着脱衣 自分で可・一部介助
緊急時の連絡先	住 所 （電話） — — 氏 名 （続柄）
通所方法	徒歩 自転車 自動車 その他（ ）