

愛知県三河青い鳥医療療育センター入所希望受付票

(新規入所希望者用)

枠内に記入、もしくは当てはまる口に✓してください。

記入年月日 平成 年 月 日

入所希望者	かな		性別	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年
	氏名			<input type="checkbox"/> 女		月	日 (満)	
記入者	かな		続柄		連絡先	自宅		
	氏名					携帯		
						連絡希望時間		
連絡先住所	〒							
入所を希望する理由等	入所希望時期 平成 年 月頃から 年 月頃から)							

◆現在施設に入所中の方は施設名、入所した時期、入所理由を記載してください。

施設名	入所時期
	年 月から
入所理由	

◆入所希望者の状況

身体障害者手帳 (種別)	等級	種	級	障害名
	<input type="checkbox"/>	下肢	<input type="checkbox"/>	体幹 <input type="checkbox"/> 脳原性運動機能障害 (移動機能)
療育手帳	判定	障害支援区分	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	身長 cm程度 体重 kg程度
運動機能	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 半寝返り可 <input type="checkbox"/> 寝返り可 <input type="checkbox"/> 腹這い可 <input type="checkbox"/> 四つ這い可 <input type="checkbox"/> 座ったままで進む <input type="checkbox"/> 介助すれば歩くことが可能 <input type="checkbox"/> 一人で歩ける			
医療的ケア	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 随時 :) <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他 ()			
既往歴	<input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> イレウス <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 骨折 (部位 :) <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他 ()			

記入はここまでです。

*裏面については、市町村役場の事務処理になりますので、記入は結構です。

*ご記入後は、お住いの市町村役場の福祉課に提出ください。

*市町村にて療養介護の支給決定が可能と判断された場合は三河青い鳥に送付され、入所申込が完了となります。

市町村確認欄

申請者については、以下のとおりであることを確認しました。

療養介護の支給決定					
<input type="checkbox"/> 支給できる		<input type="checkbox"/> 支給できない			
<input type="checkbox"/> 支援区分の認定が必要のため、支給の可否を確認後に連絡します。					
身体障害者手帳		種	級	療育手帳	判定
確認日	平成	年	月	日	
確認者		市	町	課	印