

身 体 状 況 調 査 票

※身体状況調査票を提出いただいてもサービスを利用できない場合がございます。また、身体状況調査票の作成等にかかる費用はサービス利用の可否に関わらず、申請者負担となりますので、ご了承ください。

年 月 日

フリガナ		生年 月日	M T S () 歳 年 月 日
対象者氏名			
住 所	石狩市 電話 — —		
かかりつけの 病院・医院名	病院・医院名 電話		
主 治 医	印		
病 名			
身体障害者手帳 の有 無	無 ・ 有 (種 級)		
障がい高齢者 の日常生活自 立度	J 1 ・ J 2 ・ A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2		
認知症高齢者 の日常生活自 立度	I ・ II ・ II a ・ II b ・ III ・ III a ・ III b ・ IV ・ M		
サービスを 必要とする 理由	希望するサービス (高齢者世帯等福祉除雪サービス)		