

鶴岡市住宅改修・福祉用具選定等に係る リハビリテーション等専門職同行訪問による相談支援申込書

リハビリテーション等専門職の相談支援を受けたいので、下記のとおり申込みます。

事業所名	
ふりがな	
申請者氏名	
電話番号	

訪問日時	第1希望	月	日 (曜日)	午前・午後	時	分	～	時	分
	第2希望	月	日 (曜日)	午前・午後	時	分	～	時	分
	第3希望	月	日 (曜日)	午前・午後	時	分	～	時	分

対象者	氏名		年齢		被保険者番号		
	介護度		利用中のサービス	なし・訪問介護・訪問看護・通所介護・通所リハビリ・短期入所・福祉用具 (車いす・特殊寝台・てすり・スロープ・)			
	住所	鶴岡市					TEL

希望専門職 (□に✓)	<input type="checkbox"/> 福祉用具に関わる専門職 <input type="checkbox"/> 理学療法士・作業療法士等のリハビリテーション専門職 <input type="checkbox"/> 建築に関わる専門職
----------------	--

※相談支援を受けようと考えた理由・専門職へ相談したいこと (今回相談支援を受けたい内容や課題)

検討したい住宅改修	1. てすり設置 2. 段差の解消 3. 床材の変更 4. 扉交換 5. 洋式便器への交換
検討したい福祉用具	1. てすり 2. 杖 3. 歩行器 4. スロープ 5. その他 ()

※住宅改修が必要な理由書添付の場合は記載省略可。直接入力する際は枠を拡大可。

問い合わせ先	鶴岡市健康福祉部長寿介護課 介護保険適正推進員 TEL 35-1289 (長寿介護課直通) (内線 532) FAX 29-5658
--------	---

以下、市記載欄	受付印
上記について 係員 _____ 専門員 _____ 主査 _____ 課長補佐 _____ 課長 _____ _____	してよろしいか。
起案 年 月 日 決裁 年 月 日	
専門職氏名 _____ 調整担当者 _____ 連絡日 _____ 備考 _____	