地域リハビリテーション活動支援事業申込書

【申請日】令和　　年　　月　　日

申請者	所 属 名		TEL	
	担当者名			

対象者	氏　名（しめい）		生年月日（年齢）	
	住　　所			
	要介護認定情報等	□要介護（　　）□要支援（　　）　□事業対象者　□認定無　□申請中		

支援希望内容（複数可）		
1アセスメント訪問	□ ①住宅改修、福祉用具および補助具に関する相談 □ ②身体機能・日常生活動作・生活環境の相談 □ ③介護サービス・ケアの方法に関する助言 □ ④パワリハ利用のための生活課題アセスメント	※気になること、困っていること、簡単な経緯などを記載（必須）
2モニタリング訪問	□ ①パワリハ修了者のモニタリング □ ②退院後のモニタリング	
3	□ 地域ケア会議への参加	
4	□ 住民主体の通いの場での運動支援	
5	□ 事業所利用者のアセスメント訪問	

希望事業所	□糸魚川総合病院 □クレイドルやけやま □おおさわの里 □よしだ病院 □おうみ

申請者→希望事業所→糸魚川市福祉事務所地域包括ケア係

受付	委託事業所	【事業所名】	糸魚川市	
	訪問予定日			