

地域活動支援センター事業補助対象確認申請書付表

障害者氏名：

記入者氏名：

(関係)

本人の状況	次の項目について、当てはまる支援の区分に○をつけてください。				
	項目	支 援			説 明
	食 事	全介助	一部介助	介助無し	
	排 せ つ	全介助	一部介助	介助無し	
	入 浴	全介助	一部介助	介助無し	
	移 動	全介助	一部介助	介助無し	
	行動障害 (知的・精神障害者のみ)	著しい 行動障害を有する	行動障害を有する	行動障害無し	
その他、心身及び日常生活の状況					
介護者の状況	有り(氏名 関係) ・ 無し 心身及び就労状況等				
利用目的	利用目的				
利用希望日数	希望する利用日数	1月当たり	日		
	入浴介助を希望する日数	1月当たり	日		
利用予定事業実施者名					

