| 身体障害 | 手者更生指導台 | 分帳 平成 | 年 月 日 | 小野町 |
|--|---------|-------|-------|-----|
| フリガナ | | | 性 別 | 女 |
| 氏 名 | | | 電話番号 | |
| 生年月日 . | 個人 | 番号 | FAX番号 | |
| 職業 | | | | |
| | | | | 変更 |
| 居住地 | | | | 変更 |
| | | | | 変更 |
| | | | | 変更 |
| 本籍地 — | | | | 変更 |
| - - - - - - - - - - | | | | |
| 前住所 | | | | |
| 転出先 | | | | |
| L 氏 名 | | 続 | 電話番号 | |
| 保農業 | | 柄 | FAX番号 | |
| 護 | | | | 変更 |
| 者 居住地 —— | | | | |
| | | | | |
| | 氏 名 | | 職業 | 適要 |
| | | | | |
| | | | | |
| 世 | | | | |
| 帯 | | | | |
| Ø . | | | | |
| | | | | |
| 状 | | | | |
| 況 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | 身 | 体障 | 害者 | ・手। | 帳 | |
|----|---------------|--------|-----------|----|-----|---|-------------|
| 手帳 | | 第····· | 障 号 | | | | 交 付 |
| 番号 | | | 害 名 | | | | 再 交 付 |
| | | | | | • | • | |
| 障 | | | | | | | |
| 害 | | | | | | | |
| 程 | | | | | | | |
| 度 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | 生活 歴 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 希 | 特技・趣味 う望事項 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 指 | 導記録等 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | 給付年月日 | | 種 | 別 |
|------------|---------------|-------|-------|-----------|
| 重心医療 | | | | |
| 年 金 | | | | |
| | | | | |
| 手 当 | | | | |
| | | | | |
| | 1 | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 減免関係 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | 日 | 常 生 活 | 用 具 | |
| 種 別 | 給付年月日 | 公費負担額 | 自己負担額 | 備考 |
| | VH13 1 24 1 2 | | | VIII V |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | <u> </u> | 更 生 医 | | |
| 種 別 | 給付年月日 | 公費負担額 | 自己負担額 | 備考 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | 施 | 設 入 所 | | • |
| 入・退所年月 | | 施設名 | | 所 在 地 |
| 年月 | 日入所 | | | // III |
| 年 月 | 日退所 | | | |
| 年 月 年 月 | 日入所 日退所 | | | |
| その他 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | 補 | 前装具 | L 交 付 | 状 況 | |
|-------|-----|---|-----|-------|-------|-------|
| 交付年月日 | 交・修 | 名 | 称 | 公費負担額 | 自己負担額 | 製作業者名 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |