様式第１号（第２条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 身体障害者更生指導台帳 | 台帳番号 |
| 死亡・転出・返還　　　　年　　月　　日（転出先・理由） |

八頭町

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏名 | 男女 | 生活歴 | （生育歴）（最終学歴）（職歴）（既往症） |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日生 |
| 本籍地 |  |
| 住所 |  |
|  |
| TEL |
| 地区担当身障相談員等 |  |
| 手帳交付状況 | 番号　第　　　号交付理由：①新規　②等級変更　③障害追加　④紛失　⑤き損 |
| 理由 | 年　月　日交付 | 種　　級 | 障害名 |
| 療育手帳：　有・無 | 精神保健福祉手帳：　有・無 |
| 同居の家族 | 続柄 | 氏名 | 性別 | 生年月日 | 職業 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 他法給付の状況（年金・恩給） | （種別） | （記号番号） | （支給開始年月日） | （給付機関名） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 加入保険、医療制度等 | 国保・健保（政・組）、共済、労災、（記号番号）　　　　　　　　（保険者名）生保（支給開始　　　　　　　　　～　　　　　　　　　） |
| 介護保険 | 　　　　年　月　日～　　　　　要介護度　　　　年　月　日～　　　　　要介護度 |
| 手当 | 特別障害者手当、障害児福祉手当、特別児童扶養手当　　　　　　　　　年　　月　　日～ |

No.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 給付年月日 | 内容 | 費用額 | 担当医療機関名 |
| 公費負担額 | 本人負担額 |
| 更生医療 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 区分 | 給付年月日 | 種目 | 交・修 | 費用額 | 取扱業者名 |
| 公費負担額 | 本人負担額 |
| 補装具 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 日常生活用具 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

No.

|  |  |
| --- | --- |
| 年月日 | 指導などの経過 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |