[様式第4号](http://www.city.soka.saitama.jp/reiki_int/reiki_honbun/word/215260031.doc)

連絡票

年　　月　　日

　国頭村長　あて

(相談員氏名)

　次の者は、身体障害者としての援護措置が必要と思われますので連絡いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | | 男　・　女 | 年　　　月　　　日生 | |
| 住所 | | 電話 | |  |
| 障害者手帳 | 無　・　有  (　　　　　　　　第　　　　　　　号　昭和・平成　　　　年　　月　　日交付) | | | |
| 障害名 | 等級　　　　　級 | | | |
| 本人の希望する援護 (該当するものに○をつけてください。) | 1　障害者手帳の交付  2　障害程度の変化による障害者手帳の再交付  3　ホームヘルパー派遣  4　補装具の交付・修理  5　日常生活用具の給付  6　その他(具体的に)　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| 心身の状況(障害者手帳を持たない者も該当するところに○をつけてください。) | 視覚、聴覚、言語、平衡機能、肢体(上・下・体幹)、呼吸器機能、心臓機能、腎臓機能、全身性運動機能障害、ぼうこう直腸機能、小腸機能、肝臓機能障害  　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| 家族の状況 | 家族人数　　　　　　　　　人 | | | |
| その他 | | | | |