第1号様式

|  |  |
| --- | --- |
| 　 | 台帳番号 |

身体障害者更生指導台帳　　　　　　　　　御杖村

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (ふりがな)氏名 | 男女 | 手帳交付状況 | 第　　　　号(　　種　　級)昭・平・　　年　　月　　日交付(障害名) |
| 生年月日 | 　 |
| 職業 | 　 |
| 本籍地 | 都・道・府・県 |
| 住所 | TEL |
| 受傷の状況 | 受傷の時期　　　　　年　　月頃(主たる原因) |
| TEL |
| TEL |
| TEL |
|  |
| 地区担当身障相談員等 | 　 |
| 生活歴 | (生育歴)(最終学歴)(職歴)(既往症) |
| 同居の家族 | 続柄 | 氏名 | 性別 | 生年月日 | 職業 | 健康状態など |
| 　 | 　 | 　 | 生 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 生 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 生 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 生 | 　 | 　 |
| 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) |
| 　 | 　 | 　　年　　月　　日 | 　 |
| 　 | 　 | 　　年　　月　　日 | 　 |
| 　 | 国保・健保(政・組)、共済、労災、生保(支給開始　　年　月　日)(記号番号)　　　　　　(保険者名) |
| 　 | コード | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

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 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |