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