様式第1号（第2条関係）

|  |
| --- |
| 台帳番号 |

身体障害者更生指導台帳

日南町

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏名 | 男女 | 手帳交付状況 | 第　　号（　種　級）　　　年　　月　　日交付（障害名） |
| 生年月日 |  |
| 職業 |  |
| 本籍地 | 都道府県 |
| 住所 | ＴＥＬ |
| ＴＥＬ | 受傷の状況 | （受傷の時期）　年　月頃（主たる原因） |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 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 | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

№

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

№

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