

様式第1号(第4条関係)

自 活 状 況 等 申 立 書

住所			氏名		
項 目	本人		同居者		
炊 事	<input type="checkbox"/>	自分でできる	<input type="checkbox"/>	自分でできる	
	<input type="checkbox"/>	一部介助を受けてできる	<input type="checkbox"/>	一部介助を受けてできる	
	<input type="checkbox"/>	全くできない	<input type="checkbox"/>	全くできない	
食 事	<input type="checkbox"/>	自分でできる	<input type="checkbox"/>	自分でできる	
	<input type="checkbox"/>	一部介助を受けてできる	<input type="checkbox"/>	一部介助を受けてできる	
	<input type="checkbox"/>	全くできない	<input type="checkbox"/>	全くできない	
用 便	<input type="checkbox"/>	自分でできる	<input type="checkbox"/>	自分でできる	
	<input type="checkbox"/>	一部介助を受けてできる	<input type="checkbox"/>	一部介助を受けてできる	
	<input type="checkbox"/>	全くできない	<input type="checkbox"/>	全くできない	
着 替 え	<input type="checkbox"/>	自分でできる	<input type="checkbox"/>	自分でできる	
	<input type="checkbox"/>	一部介助を受けてできる	<input type="checkbox"/>	一部介助を受けてできる	
	<input type="checkbox"/>	全くできない	<input type="checkbox"/>	全くできない	
入 浴	<input type="checkbox"/>	自分でできる	<input type="checkbox"/>	自分でできる	
	<input type="checkbox"/>	一部介助を受けてできる	<input type="checkbox"/>	一部介助を受けてできる	
	<input type="checkbox"/>	全くできない	<input type="checkbox"/>	全くできない	
買 い 物	<input type="checkbox"/>	自分でできる	<input type="checkbox"/>	自分でできる	
	<input type="checkbox"/>	一部介助を受けてできる	<input type="checkbox"/>	一部介助を受けてできる	
	<input type="checkbox"/>	全くできない	<input type="checkbox"/>	全くできない	
掃 除	<input type="checkbox"/>	自分でできる	<input type="checkbox"/>	自分でできる	
	<input type="checkbox"/>	一部介助を受けてできる	<input type="checkbox"/>	一部介助を受けてできる	
	<input type="checkbox"/>	全くできない	<input type="checkbox"/>	全くできない	
洗 濯	<input type="checkbox"/>	自分でできる	<input type="checkbox"/>	自分でできる	
	<input type="checkbox"/>	一部介助を受けてできる	<input type="checkbox"/>	一部介助を受けてできる	
	<input type="checkbox"/>	全くできない	<input type="checkbox"/>	全くできない	
外 出	<input type="checkbox"/>	自分でできる	<input type="checkbox"/>	自分でできる	
	<input type="checkbox"/>	一部介助を受けてできる	<input type="checkbox"/>	一部介助を受けてできる	
	<input type="checkbox"/>	全くできない	<input type="checkbox"/>	全くできない	
健康状態	<input type="checkbox"/>	自分でできる	<input type="checkbox"/>	自分でできる	
	<input type="checkbox"/>	一部介助を受けてできる	<input type="checkbox"/>	一部介助を受けてできる	
	<input type="checkbox"/>	全くできない	<input type="checkbox"/>	全くできない	
各種福祉サービスの状況	ホームヘルパー派遣を受けている (毎週 曜日 回) 入浴サービスを受けている (通所・在宅 毎週 曜日) その他(具体的に記入してください。)				

*上記の該当する項目に○印をつけてください。

福祉課の意見	担当者氏名	意見欄
	①	