

入所希望者の身体状況	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲	眼鏡使用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	麻痺 <input type="checkbox"/> 有（上肢：左・右・両） <input type="checkbox"/> 有（下肢：左・右・両） <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴	補聴器使用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	硬縮 <input type="checkbox"/> 有（右：肩・肘・股・膝） <input type="checkbox"/> 有（左：肩・肘・股・膝） <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可		移動 <input type="checkbox"/> 歩行（自力・杖・歩行器） <input type="checkbox"/> 車椅子（自立・一部介助・全介助） <input type="checkbox"/> 移乗（自立・一部介助・全介助）
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	義歯の使用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 （一部・総義歯）	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		整容 洗面 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> Pトイレ		対人関係 <input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 否定的

現況

困っていることなど

同意書 熊本県または市町村から求めがあり、必要がある場合はこの申込内容を報告することに同意します

令和 年 月 日 氏名：

㊞

※申込みの際には、被保険者証の写しを添付してください。