（様式第２号）

令和　　年　　月　　日

在宅療養者の日常生活を支える「リハビリ相談」事業事務局

（茨城県リハビリテーション専門職協会）

会長　佐藤　弘行　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 所属名 |  |
| 職氏名 |  |

令和５年度　在宅療養者の日常生活を支える取組「リハビリ相談」

利用申請書

　令和５年度　在宅療養者の日常生活を支える取組「リハビリ相談」実施規程に基づき、下記のとおり申請いたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 施設名 |  |
| 市町村名 |  | 担当者 |  |
| TEL | 　 | E-mail | 　 |
| 対象者 | 氏　　名 | 　 | 性　　別 | 男　・　女 |
| 住　　所 |  |
| 要介護度 |  | 生年月日 | 　年　　月　　日　　　　（満　　　歳） |
| 依頼内容 | 希望内容 | □心身機能・居住環境確認　　　□自立に資する助言指導□福祉用具・居住環境調整　　　□家族・支援者への助言□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 希望場所 | □自宅　　　　　　　□施設 |
| 希望日時 | 〔第１希望〕令和　　年　　月　　日（　　曜日）　　　　　　 午前　・　午後　　　時　　分　～　　時　　分〔第２希望〕令和　　年　　月　　日（　　曜日）　　　　　　 午前　・　午後　　　時　　分　～　　時　　分 |