|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　　請　　者 | 住　所 |  | | |
| 氏　名 |  | 入院先病院名 |  |
| 手帳の障害名 |  | | | 等級　　　　 種　　 級  　　　　年 月　　 日交付  　　　　年　　　月　　 日再交付 |
| １．車椅子の申請　　　　　イ.新規　　　　ロ.再支給　　　前回支給　　 年 月　　日 | | | | |
| ２．他に使用している補装具 | | | | |
| ３．車椅子の使用目的（具体的に記入してください）  　（１） 入院中  　（２） 退院帰宅後 | | | | |
| 帰宅後の家庭内外での使用状況等  　○ 家庭内での使用　　　　 可　　　・　　　不可　　　・　　　一部可能  　○ 屋　　外・　・　・　庭及び周辺道路は使用可能な地形環境であるか。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　適　　　・　　　不適  　○ 車椅子への移乗　　　 　可　 ・　　　不可  　○ 介助が必要な場合介助する家族が　　　　いる　　　・　　　いない | | | | |
| ４．いつからどんな病気で入院しているか。 | | | | |
| ５．障害の現症 | | | | |
| ６．退院の見込み　　　　　概 ね　　　　　　　　ヶ 月 後  　　　退院見込みのない場合（理由） | | | | |
| 年　　　　月　　　日  　　　　　市町村担当者　　所属  　　　　　　　　　　　　　　　　職名　　　　　　　　　　　　　氏名 | | | | |

**退院見込み調査票**