

(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7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7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	
	T E L		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	<input type="checkbox"/> 心身機能・居住環境確認 <input type="checkbox"/> 自立に資する助言指導 <input type="checkbox"/> 福祉用具・居住環境調整 <input type="checkbox"/> 家族・支援者への助言 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	希望場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 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		