

障害

送信先:03-5741-1426

「ワークスタッフ鶴の木」 利用申込書

事業所番号:1311101636

対象者	受給者番号										生年月日	
	ふりがな								男・女	大昭平令	() 歳	
	氏名										年 月 日	
	住所	〒 146-0000										
	電話番号											
	生活保護受給	有	無	公費受給者番号								
	同居家族	有()					無(独居)					
	キーパーソン	氏名: 続柄() 住所: 電話番号:										
	障害支援区分	非該当・区分1・区分2・区分3・区分4・区分5・区分6 / 申請中										
	障害の種類別	身体 (肢体 ・ 内部 ・ 視 ・ 聴 ・ 音 ・ 言) 知的 ・ 精神 ・ 発達 ・ 高次脳 ・ 難病 ・ 児童										
	障害名 難病名											
	ADL等 本人の状態											
	既にご利用の サービス											
	病院名						主治医					
	電話番号						FAX					
	相談支援事業所	事業所名										
担当者名							事業所番号					
電話番号							FAX					
住所												
ご希望のサービス		居宅介護 ・ 重度訪問介護 ・ 同行援護 ・ 移動支援										
ご利用希望日・援助内容・既往歴など												

折り返し連絡先

【氏名：

電話番号：

】