障害

送信先:03-5741-1426

「ワークスタッフ鵜の木」　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：　　】