

【共に歩む市民の会】

入居申込書（本人記入用）

令和 年 月 日

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	昭和／平成 年 月 日（才）
住所	〒 TEL			
緊急連絡先	氏名 住所	続柄（ ）		TEL
その他の 連絡先	氏名 住所	続柄（ ）		TEL
入居を希望する理由				
入居に際しての希望・不安なこと				
【医療機関】 _____ 主治医： _____ 担当CW： _____ TEL _____				
【福祉保健センター】 _____福祉保健センター 障害者支援担当 担当CW： _____ TEL _____ 保護担当 担当CW： _____ TEL _____				
【日中の通所先】 _____ 担当： _____ TEL _____				
【相談支援事業所】 _____ 担当相談支援員： _____ TEL _____				
【経済状況】 本人の給与所得・家族からの援助・障害年金・生活保護・その他（ ）				
【保険の種類】 健康保険（本人・家族）、国民健康保険、その他（ ）				
【障害支援区分】（区分 ） 【手帳の有無】 無 ・ 有 （ : 級）				