

こもれびの郷 入居希望者 基本調査票

記入日 年 月 日
この調査票を記入した方の氏名

ご本人の現在の状況を記入および当てはまる箇所に○をつけてください。

ふりがな		性別 男・女	生年月日		
氏 名			年	月	日 (歳)
障 害 名 () 診断医療機関等()					
愛の手帳	1度 ・ 2度 ・ 3度 ・ 4度				
身体障害者手帳	有(1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級) ・ 無				
精神保健福祉手帳	有(1級 ・ 2級 ・ 3級) ・ 無				
障害支援区分	未認定 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6				
マル障受給者証	有 ・ 無				
視力障害	有 ・ 無				
聴力障害	有 ・ 無				
家族状況	氏 名		生年月日		勤務・通学先
	父		年 月 日		
	母		年 月 日		
	兄弟姉妹		年 月 日		
			年 月 日		
	本人住所 〒 —				
	tel:		携帯:		
	fax:		e-mail:		
	保護者又は後見人勤務先 〒 —				
	tel:		fax:		e-mail:
	緊急連絡先				
	氏名 (続柄)		tel:		(携帯):
	氏名 (続柄)		tel:		(携帯):
現在の勤務先 及び 福祉サービス等	現在の通勤・ 通所先	名称(種別含む)	業務・作業内容	通勤・通所歴 年 月 ~	
	上記以外で利用 されている サービス	計画相談: 支援機関:			

