

地域生活支援拠点等事前登録申込書

※ 申込みを希望する方は【1】と同意欄をご記入の上、電話で予約を取り、提出してください。

作成日	年 月 日
相談支援事業所等	
作成者	

【1】	ふりがな 氏名		ふりがな 保護者氏名		
	生年月日	年 月 日 (歳)			
	手帳情報	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 難病受給者証 等 <input type="checkbox"/> 自立支援医療精神通院 <input type="checkbox"/> その他			
	住所				
	日中連絡が取れる連絡先	— —		続柄	
	メールアドレス	①			続柄
		②			続柄
【2】	受付職員が記入します				
	本人の状況 (当てはまる番号のカッコ()に○を入れて下さい) 複数可	<input type="checkbox"/> 1. 障がい福祉サービス等の利用が必要だが未利用 <input type="checkbox"/> 2. 障がい福祉サービス等の利用に課題がある <input type="checkbox"/> 3. 生活面の課題がある <input type="checkbox"/> 4. 社会面の課題がある <input type="checkbox"/> 5. 障がいの程度により、自立した生活が困難			
	家族の状況 (当てはまる番号のカッコ()に○を入れて下さい) 複数可	<input type="checkbox"/> 1. 単身生活 <input type="checkbox"/> 2. 同居家族の支援が望めない <input type="checkbox"/> 3. 家族以外の支援が望めない <input type="checkbox"/> 4. 家族等以外の支援体制がない <input type="checkbox"/> 5. 経済的困窮			

提出の際は、事前に①りあん または ②障がい福祉課に電話予約をして下さい。

- ① 049-266-1100 (障がい者総合相談支援センターりあん) ② 049-262-9032 (障がい福祉課)

※ふじみ野市地域生活支援拠点等事業の登録・利用に関する個人情報の取扱いについて
 本事業の登録及び利用に際し、聞き取った内容等の他、関係機関等に問い合わせを行う際、私の情報について、必要最低限の範囲で、全部又は一部を関係機関・関係者に開示することに同意します。

氏名

事前調整会議	実施日 令和 年 月 日	参加機関	
アセスメント表	環境要因	生活技能	合計
緊急度 主担当コーディネーター			
支援の方針			
支援の終了			
終了の理由			