

障害者生活支援センターひかり

相談申込み書兼登録申込書

「障害者生活支援センターひかり」では、発達の気になるお子様、障害のある方のさまざまな心配事や悩み事、障害福祉サービス利用に関する相談、及びサービス等利用計画案作成の依頼を受け付けております。相談をご希望の方は申込書にご記入下さい。尚、相談支援において知り得た個人情報、下記内容によって厳守いたします。

- ・ お申し込みいただいた方の個人情報は、目的の範囲を超えて利用することはありません。
- ・ 個人情報については、ご本人様の同意を得て情報開示をおこないます。尚、緊急対応等でやむを得ず情報提供をおこなった際は、速やかにご報告します。
- ・ 情報内容に誤りがあるときは、ご本人様の求めに応じ訂正・追加または削除を行います。
- ・ 登録を解消することもできます。解消する際は、当事業所までご連絡下さい。

障害者生活支援センターひかり 所長 高野 永

【基本情報】

			記入日	R	年	月	日	
フリガナ 本人氏名		男・女	生年月日	(昭・平・令)				
			年 齢	年 月 日				
住 所	〒 - -						持家・借家	
連 絡 先	(自宅)	-	-	(携帯)	-	-		
	(FAX)	-	-	(メール)				
職業・学校等	※学校等の場合は学年も記入							

フリガナ 相談者氏名 <small>※本人以外の場合</small>		住 所	〒 - -				
連 絡 先	(自宅)	-	-	(携帯)	-	-	
	(FAX)	-	-	(メール)			

【相談内容】

(相談内容別) サービス利用支援 ・ 障害の理解 ・ 不安解消の支援 ・ 健康・医療の支援 ・ 保育・教育の支援 家計・経済の支援 ・ 生活技術の支援 ・ 就労の支援 ・ 余暇活動の支援 ・ 権利擁護の支援 ・ その他	
(使いたいサービス、利用の経緯等)	

【障害に関する状況】

障害種別等	身体 (肢体 ・ 視覚 ・ 聴覚 ・ 内部 ・ その他 ())	
	知的 ・ 精神 ・ 発達 ・ その他 ()	
	障害名又は疾患名等	
	医療的ケア	なし ・ あり ()
身体障害者手帳等級	なし ・ 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級	申請中
療育手帳等級	なし (A) ・ A ・ B ・ C	申請中

精神障害者保健福祉手帳等級	なし・1級・2級・3級	申請中
障害支援区分	なし・非該当 1・2・3・4・5・6	手続中
介護保険要介護度	なし・非該当 支1・支2・3・4・5	手続中
障害年金	なし・あり(級)	手続中
現在利用中の障害福祉サービス等	なし・あり()	

【医療保険等】		【障害者医療等】	
医療保険：被保険者（ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ）		<input type="checkbox"/> 自立支援医療（ <input type="checkbox"/> 更生 <input type="checkbox"/> 育成 <input type="checkbox"/> 精神通院）	
<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 特別医療 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

【医療機関受診状況】					
疾患名	受診機関	受診科目	主治医	受診頻度	服薬状況
					なし・あり
					なし・あり
					なし・あり
訪問看護の利用について	なし・あり(事業所名:)				利用頻度:

特記事項	
------	--

【家族状況】						
家 (本人 以外) 状 況	続柄	フリガナ 氏 名	年齢	職業・学校	同居・別	生年月日
					同・別	S・H・R 年 月 日
					同・別	S・H・R 年 月 日
					同・別	S・H・R 年 月 日
					同・別	S・H・R 年 月 日
					同・別	S・H・R 年 月 日
					同・別	S・H・R 年 月 日
特記事項等						

【生活のなかで困っていること等】

【お問い合わせ先】 障害者生活支援センターひかり
〒335-0023 戸田市本町2-16-3 ハイソヨシタカ107号室
TEL:048-229-7038 FAX:048-229-7065 mail:hikari@wakakusa-kai.com
相談時間:月曜日～金曜日(土日祝日、年末年始は休み)、午前8:30～午後5:15