

申 込 日 令 和 年 月 日

障害者支援施設サン未来 福祉サービス利用申込書（施設入所）

社会福祉法人 瑞祥会
理 事 長 櫻 村 恵 子 様

私はサン未来における障害福祉サービスの利用について次の通り申し込みます。

記入者 住 所
(連絡先) 氏 名 印
(利用者との続柄:)
TEL

希望する障害福祉サービス		施設入所支援 ・ 生活介護	
ふりがな			
利用者氏名	性別 男 ・ 女		
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 満 歳		
住 所	(〒 -) TEL	【現在の所在】 在宅・病院・施設・その他 ()	
障 害 者 手 帳 種 類	身体・精神 (種 級) ・ 療育 都道府県名 障害名		
障 害 福 祉 サ ー ビ ス 受 給 者 証	受給者番号	市町村()	
	障害程度区分	3 ・ 4 ・ 5 ・ 6	
	認 定 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	計画相談事業所		
病歴及び既往症			
他施設への申し込み状況 (申し込み施設名)			
これまでの障害福祉 サービス利用状況			
添付書類	<input type="checkbox"/> 健康診断書(別紙) <input type="checkbox"/> 受給者証写し <input type="checkbox"/> 各種手帳写し		

※以下施設側記載欄

記載者			
	施設長	S管理	主任
回覧印			

受 理 日 令 和 年 月 日