障害者支援施設　リアン文京　施設入所
利用申込書

年　　月　　日

申請者氏名　　利用希望者との続柄

申請者住所　　電話　　（　　）

ふりがな 利用希望者氏名	男 女	住所	居住年月日：昭・平・令　年　月　日から居住
生年月日	昭・平　年　月　日 ※（満　　）	電話番号	（　　）
受給者証番号			
支援区分	※区分	○をつけて下さい 支援区分３　支援区分４　支援区分５　支援区分６	
	認定年月日	年　月　日	有効期限　年　月　日まで
手帳の所持	※所持している手帳に○をつけてください 知的　　身体		
医療 健康状態	診断名、既往歴、通院状況、服薬内容、アレルギー、医療的ケアの有無、てんかん発作等の健康上配慮が必要な事項についてご記入ください。		
現在の生活状況 支援内容	現在利用されている福祉サービスや通所先等の状況のほか、日常生活において配慮が必要な事項についてご記入ください。		
利用申込理由			

個人情報の取り扱い

・入所の決定事務の際、武蔵野会の入所指針に基づき、意見書、認定調査書の写しを請求することについて了承します。また、この申込書の内容及び今後の入所に関する状況等について、区担当課及び入所申込みをする他の施設に情報を提供することについて了承します。

申請者署名　　印