

就労継続支援B型事業 kokoro サービス利用申込書

申込者（連絡先）

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

〒	
住所	
氏名	
電話	

就労継続支援B型事業 kokoro への利用を希望し、以下の通り申し込みをします。

保険者市町村名				
利用希望者の状況	フリガナ	障害福祉サービス受給者証番号		
	氏名	障害種別		
		サービス種別		
	生年月日	S・H 年 月 日 ()	支給決定期間	～
	現住所	〒		
	現況	●現在、日中はどのような生活をしていますか？		
	病歴・障害歴	年月	病院	診断名
	医療機関	現在の医療機関名、受診状況、受診科目、頻度、主治医、診断名等		
	福祉サービス	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし		
保険	医療保険	被保険者 (本人 ・ 家族)		
	障害者医療	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険 記号 番号		
利用を希望する理由	<input type="checkbox"/> 生活リズムの改善のため <input type="checkbox"/> コミュニケーション能力の向上のため <input type="checkbox"/> 就労 ・ 就労訓練のため <input type="checkbox"/> その他 ()			
利用希望時期		回数	週 回 月 回	
家族	フリガナ		関係	
	氏名	男 ・ 女	生年月日	S・H 年 月 日
	同居区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所:)		TEL: () () () () () ()
	意見			