

# 利用をご希望される方へ

記入日 令和 年 月 日

保険者市町村名		障害福祉サービス受給者証						
利用希望者の状況	フリガナ	所持 (番号記入) ・ 未所持 ・ 申請中						
	氏名							
		障害種別			1	2	3	4
			サービス種別					
	生年月日	S・H	年	月	日	( )	支給決定期間	～
	現住所	〒						
	連絡先	自宅			携帯			
	現在の生活状況							
	利用を希望する理由・きっかけ							
	生活歴	生活歴 (出生地、幼少時のエピソード、学歴や職歴)			病歴・障害歴 (医療機関、投薬、福祉サービス等について)			
健康保険等	国保 (本人・家族) ・ 社保 (本人・家族) ・ 生活保護 (医療扶助)							
	自立支援医療 ・ その他 ( )							
手帳等	精神保健福祉手帳 ( 級 ) ・ 療育手帳 (程度 ) ・ 身障手帳 ( 種 級 )							
主な収入	給与 ・ 年金 ( 年金 級 ) ・ 生活保護 ・ 労災 ・ その他 ( )							
その他	性格 ( ) 趣味 ( ) 宗教等 ( )							
世帯状況	氏名	続柄	生年月日	職業	備考 (連絡先等)	家族関係		
備考								