

申請者の現状(基本情報)

○利用者の状況

氏名	(男・女)	生年月日	年齢					
住所					連絡先(電話・FAX・携帯)			
手帳情報	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳		<input type="checkbox"/> 療育手帳		<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		<input type="checkbox"/> 手帳なし	
障害または疾患名					障害支援区分			
家族構成	主にかかわる方	氏名	続柄	年齢	職業(職種)	健康状態	同居の有無	備考(連絡先等)
※家族以外に主にかかわっている方がいる場合は下記にご記入ください								
	氏名	関係	年齢	職業(職種)	連絡先	備考		

医療の状況	病院名	主治医	通院頻度	その他(服薬状況等)
福祉サービス等の利用状況	名称	提供機関・提供者	利用頻度	備考