

通所リハビリテーション 申込書

令和 年 月 日

長崎こども・女性・障害者支援センター所長 様

貴センターの通所リハビリテーションの利用を申し込みます。

本人氏名	印	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
本人住所	(自宅電話)	(携帯電話)	
家族代表 氏名	印	本人との 続柄	
家族代表 住所	(自宅電話)	(携帯電話)	
保険種別	国民健康保険・社会保険・共済保険・生活保護 その他< >	保険証番号	
現在通院している病院 < あり ・ なし >			
(1) 病院名	_____	受診頻度	_____
主治医名	_____	受診曜日	_____ 曜日
(2) 病院名	_____	受診頻度	_____
主治医名	_____	受診曜日	_____ 曜日
現在利用している福祉サービス < あり ・ なし >			
(1) 事業所名	_____		
事業所担当者	_____	利用曜日	_____ 曜日
(2) 事業所名	_____		
事業所担当者	_____	利用曜日	_____ 曜日
現状・休職中(勤務先: _____) ・無職 ・求職中			
通所事業終了後の希望			
・一般就労< 事務系 ・ 作業系 > ・福祉就労< 事務系 ・ 作業系 >			
・その他< _____ >			