

東京リハビリテーションセンター世田谷 障害者支援施設梅ヶ丘
令和7年度入所意向調査書（生活介護・新規）

年 月 日

世田谷区長 あて

提出者 住 所 〒

フリガナ
氏 名

本 人 住 所 〒

フリガナ
氏 名

東京リハビリテーションセンター世田谷 障害者支援施設梅ヶ丘の施設入所支援について、以下の事項に同意し、令和7年度中の施設への入所を希望します。

- 施設入所後、原則日中は、同施設内の生活介護を利用し、5年を目途に地域移行に向けて取り組みます。
- この書類は、保健福祉課で受付後、障害者地域生活課から施設運営法人へ送付します。保健福祉課、障害者地域生活課では写しを保管します。
- 保健福祉課は、必要に応じ、ご本人及びご家族の状況等に関する調査書を作成し、障害者地域生活課を通じて施設運営法人へ送付します。
- 施設運営法人は、入所者の検討のため、必要に応じ、利用希望者や家族と面談を行います。
- 施設の入所の検討等に当たっては、このことに関して得られた情報を必要に応じ、現在利用されている障害福祉サービス事業所と共有いたします。

入所希望者（ご本人）	生年月日・年齢	（西暦） 年 月 日生 （ ） 歳	
	性別	男性 ・ 女性	
	電話番号	自宅	緊急連絡先
	障害の程度 及 び 手帳の有無	愛の手帳 度	身体障害者手帳 種 級
		障害支援区分（ ）	精神保健福祉手帳 級
	現在の通所先		
医療的ケア	☐ 無し		
	☐ 有り （医療的ケアの内容をご記入ください。）		
提出者	☐ 希望者本人 ☐ 希望者本人以外 …希望者との関係（ ）		
	連絡先	TEL	

《地域移行を希望される理由》

※利用が決定された方は、別途、施設に利用の申し込みをしていただきます。
※令和8年2月、3月に申込みをされた場合は、令和8年度中も継続して施設への入所を希望されるものとして取り扱います。