

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6年度入所意向調査書（自立体験ユニット・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6年度中の自立体験ユニットへの入所を希望します。

- 施設入所後も、日中は現在の通所先を継続することになります。
- 1年ごとに支援の状況をご本人、ご家族と一緒に確認しながら、ご本人に適した生活の場をご提案致します。
- 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	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	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り （医療的ケアの内容をご記入ください。）			
提出者	<input type="checkbox"/> 希望者本人 <input type="checkbox"/> 希望者本人以外 …希望者との関係（ ）			
	連絡先	TEL		

《自立体験ユニットを希望される理由》

※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。