No. 番号記入不要

令和6年度台東つばさ福祉会　体験入居事業 利用申請書

令和　5年　12月　日

台東つばさ福祉会　施設長 殿

申請者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

住 所 台東区＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電 話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿続 柄＿＿＿

<table>
<tr><td rowspan="6">利用者</td><td>住 所</td><td>〒
台東区</td><td>生年月日</td><td colspan="3">昭和・平成　年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏 名
（ご本人）</td><td></td><td rowspan="2">年齢</td><td>歳</td><td>性 別</td><td>男 ・ 女</td></tr>
<tr><td>電 話</td><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">手 帳</td><td rowspan="2">愛の手帳　度
身体障害者手帳　級
精神保健福祉手帳　級</td><td>障害名
又は
疾病名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">登録相談
事業所名</td><td colspan="3">登録している方は事業所名
（セルフプランの方はセルフプランと記入）</td></tr>
<tr><td>受給者証</td><td>障害支援区分</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>勤 務 先
又は
通所施設等</td><td colspan="5">（名称）　　（電話）
（所在地）</td></tr>
<tr><td>希望事業</td><td colspan="6">希望される事業の番号に〇をお付け下さい　複数回答不可
1. 自立生活体験事業
・家庭以外での生活体験を通して日常生活動作等のスキルアップを目指す方を対象。
2. 自立生活推進事業
・1～2年を目途にグループホームや入所施設等への移行を考えている方を対象。
・原則、毎回、学習会と見学会は参加して頂きます。
3.自立生活推進事業移行枠（最大6カ月間利用可能）</td></tr>
<tr><td>ご意見・ご要望</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>