

地域生活への移行希望 本人、家族それぞれに○をしてください	(本人) ある	ない
	(家族) ある	ない

申込区分 □をチェックしてください	<input type="checkbox"/> 一体型(入所・すだちの里すぎなみの日中活動※) ※日中活動(□生活介護 □自立訓練 □就労移行支援)	
	<input type="checkbox"/> 体験型(入所)	

すだちの里すぎなみ 利用申込書

杉並区長 宛
 次のとおり申込みます。

申込年月日 令和 年 月 日

申込者	フリガナ			
	氏名	利用申込者との続柄()		
	住所	〒	電話番号	()
利用申込者(本人)	フリガナ	生年月日	昭和・平成	年 月 日
	氏名	(年齢)	()	歳
		性別	男 ・ 女	
	住所	〒	電話番号	()
	居住先住所 (上記の住所と異なる場合)	〒	電話番号	()
	障害支援区分	1・2・3・4・5・6 (認定有効期間 年 月 日) なし		
	身体障害者手帳等級	1・2・3・4・5・6 級		
現在の 入所・入院先 (短期入所は除く)	施設・病院名	電話番号	()	
	(所在地)〒	期間(予定)	年 月 日 ~	年 月 日

<入所意思の確認および個人情報の取り扱いについての署名>
 上記の内容をもってすだちの里すぎなみに入所申込みをします。また、入所選考に係る資料や情報を杉並区、社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会、指定特定相談支援事業所、その他関係機関に提供することに同意します。

利用についての意思確認署名欄 (代理人代筆の場合はその旨記載)	本人	家族 (入所申込者との関係)
------------------------------------	----	-----------------------