

療育手帳相談受け付け票〔18歳以上\*新規用〕 (※他府県で療育手帳を所持していたケースは除く)

年 月 日

☆連絡先<以下は予約日の連絡のために必要ですので、ご記入をお願いします>

氏名	続柄	☎	-	-
住所〒				

☆判定時の同行者<任意>

氏名	続柄	☎	-	-
住所〒				

1. 家族および親族の状況

※続柄については本人から見た間柄でお書きください。

※別居の家族・親族は特に本人と関わりのある人について必要があれば記入してください。

	続柄	氏名	性別	生年月日	備考
同居の家族	本人		男・女	年 月 日	
			男・女	年 月 日	
			男・女	年 月 日	
			男・女	年 月 日	
			男・女	年 月 日	
別居の家族・親族			男・女	年 月 日	
			男・女	年 月 日	
			男・女	年 月 日	
			男・女	年 月 日	
			男・女	年 月 日	

※転居歴 昭和・平成・令和 年頃 県 町から転居

2. 現在の状況

☆生活状況

・自宅 ・グループホーム( )・その他( )

☆就労状況

・企業就労( ) ・就学中( )  
 ・事業所( 就労移行支援 ・ 就労継続支援〔A型・B型〕 ・生活介護 ・ 自立訓練 <名称 > )  
 ・入院中( 年より 病院 科)  
 ・在宅(家事手伝いを含む)( 年より)・その他( )

3. 療育手帳取得に関して

☆相談したいこと・困っていること、または療育手帳取得のきっかけ

☆本人の要望・希望するサービス(ニーズ)

