

(様式第9号)

療育手帳相談受け付け票〔18歳以上*再判定用〕

年 月 日

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		
			男・女		
別居の家族・親族			男・女		
			男・女		

※転居歴 昭和・平成 年頃 県 町から転居

2. 現在の状況

☆生活状況

・自宅 ・施設() ・生活ホーム()
・グループホーム() ・その他()

☆就労状況

・企業就労() ・就労移行支援()
・就労継続支援[A型・B型]() ・生活介護()
・就学中() ・地域活動支援センター()
・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. 判定記録

☆療育手帳 無・有(A・B)〔判定日 年 月 日〕
〔次期判定 平成 年 月〕 判定機関 ・中央子家相・彦根子家相・障害者更生相談所

☆身体障害者手帳 無・有(第 種 級)〔障害名: 〕

☆精神保健福祉手帳 無・有(級)〔交付日 年 月 日〕

☆相談したいこと・困っていること・本人及び家族のニーズ等

☆福祉事務所等の連絡事項欄 【予約日: 月 日 AM・PM】

☆担当者 障がい福祉課 TEL 0748-31-3711 FAX 0748-31-2037
