

記入日： 年 月 日

みやぎこうでねいと / 入居サポートセンター お問い合わせシート

送付先：FAX 022-268-0509

入居希望者

フリガナ			性別	年齢
氏名				
電話番号				
住所 (入院・入所地)				
障害手帳	有・無	種別	身体・知的・精神 等級等	
受給者証	障害福祉サービス受給者証 有・無 区分：			
現病・既往				
通院先				
収入状況	給与等(月)・年金(月)・生活保護(月)・その他(月)			
現況	一般就労 ・ 通所() ・ その他()			
支援機関	(担当者:)			
	(担当者:)			
身元保証人	有・無	有の場合	氏名・続柄	
生活状況	買い物: <input type="checkbox"/> 一人で可 ・ <input type="checkbox"/> 補助が必要		金銭管理: <input type="checkbox"/> 一人で可・ <input type="checkbox"/> 補助が必要	
	服薬: <input type="checkbox"/> 一人で可 ・ <input type="checkbox"/> 補助が必要		喫煙: <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし	

※ 当方で提供可能な居宅は、全て禁酒です

その他				
-----	--	--	--	--