

様式第1号（第5条関係）

島本町グループワーク参加登録申込書

年 月 日

島本町長 様

申込者(参加者本人) 氏名 _____

住所 島本町 _____

性 別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日生 ()歳
電 話 番 号	075- -		
障 害 程 度	※該当するものをチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ()級 <input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証(精神通院医療) <input type="checkbox"/> 障害年金 ()級		
サ ー ビ ス の 利 用 状 況	※利用しているものを○で囲んでください。 ホームヘルプサービス、ショートステイ、支援センター、デイケア、 自立支援医療(精神通院)、障害者医療、その他()		
か かり つけ の 医 療 機 関	名称() 主治医()担当ケースワーカー()		
疾 病 名	※分かる範囲でお書きください。		
グ ル ー プ ワ ー ク に 参 加 す る 理 由			
グ ル ー プ ワ ー ク で し て み た い こ と	※該当するものを○で囲んでください。 軽スポーツ、料理教室、ビデオ鑑賞、レクリエーション、 社会見学、他の団体との交流、旅行、勉強会 その他()		
参 加 に 都 合 の 悪 い 曜 日 ・ 時 間			
そ の 他	※ご意見や希望することがあれば記入してください。		