

入 会 申 込 書

社会福祉法人エンゼル福祉会 藤代なごみの郷

氏 名		生年 月日	昭和・平成 年 月 日 生 満 歳
住 所	〒		
電話番号		携帯電話番号	
緊急 連絡先	(氏名) (本人との関係) (住所) ☎		
登録の 理由	イ 身体障害者福祉法にいう身体障害者 (障害名) (障害等級) ロ 介護保険法による認定を受けている (要介護_____) ハ 介護保険法による認定を受けている (要支援_____ ・ 事業対象者) ニ その他		
《通院する主な理由、持病及び障害など》 (万一の場合に適切な処置をするため、必ずご記入願います)			
○車の乗り降り時、介助を (要する 要しない) ○車イスを (利用する 利用しない) ○かかりつけの医院等 () ○介助人同伴の 有 (本人との関係) ・ 無 ○その他参考事項 () ○自宅周辺の道路状況 (道幅・舗装・段差等) ()			
_____ 本人 (印) _____ 代理人 (印) (本人が20歳未満の場合)) _____ 保護者 (印)			
申込月日	平成	年	月 日 受付者