

# 申 込 書

広島市知的障害者生活自立訓練事業（初級・中級）に参加することを申し込みます。

				受付番号																								
ふりがな				性 別	(写 真) ｽｯﾌﾟ 写真の添付可																							
申込者氏名				男・女																								
生年月日	昭・平 年 月 日生			年 齢 (平成31年4月1日現在) 満 歳																								
ふりがな				本人との続柄																								
保護者氏名																												
現 住 所	〒 ー ー ー 区																											
連 絡 先	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">電話</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">ー</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">ー</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="7" style="text-align: center;">( 緊急連絡先① ( ) ー ー )</td> </tr> <tr> <td colspan="7" style="text-align: center;">( 緊急連絡先② ( ) ー ー )</td> </tr> </table>								電話	ー	ー				( 緊急連絡先① ( ) ー ー )							( 緊急連絡先② ( ) ー ー )						
	電話	ー	ー																									
( 緊急連絡先① ( ) ー ー )																												
( 緊急連絡先② ( ) ー ー )																												
申 込 者 の 経 歴 等	学校名・施設名・会社名等			年 月 卒業・その他																								
	(小学校)																											
	(中学校)																											
	(特別支援学校高等部・その他)																											
	卒業後からの経緯を 詳しくお書きください																											
家 族 状 況	氏 名	続 柄	年 齢	氏 名	続 柄	年 齢																						

※それぞれの項目の支援の仕方を具体的に  
お書きください

氏名 ( )

療 育 手 帳	交付年月日 昭和 年 月 日 平成	交付番号 第 号	障 害 の 程 度
社 会 生 活 能 力 の 状 況	1. 身体的障害がありますか。 はい・いいえ 「はい」の場合 ・障害名 ( )		身体障害者手帳の等級 ( )
	2. ひとりで食事ができますか。		できる 支援がいる できない 支援の仕方
	3. 食事のアレルギーがありますか。 はい・いいえ		「はい」の方 (具体的にお書きください)
	4. 朝は何時頃起きますか。 夜は何時頃寝ますか。		朝： 夜：
	5. ひとりで排泄ができますか。 〔便の始末の仕方や排泄の失敗など 家での支援やヘルパー利用の時の支援など〕		できる 支援がいる できない 支援の仕方
	6. ひとりで衣服の着脱ができますか。		できる 支援がいる できない 支援の仕方
	7. ひとりで入浴ができますか。 (洗髪、洗体はどのくらい支援が必要ですか)		できる 支援がいる できない 支援の仕方
	8. ひとりでひげそりができますか。		できる 支援がいる できない 支援の仕方
	9. 生理の時に気をつけることはありますか。 (後始末の支援、生理痛の有無等)		できる 支援がいる できない 支援の仕方

社 会 生 活 能 力 の 状 況	10. 自分で簡単な買い物ができますか。	できる 支援がいる できない 支援の仕方
	11. ショートステイの体験はありますか。	たびたびある 数回ある 全くない 補足
	12. 自分の気持ちをどのように伝えますか。	ことば 文字 絵や写真 ジェスチャー 補足
	13. 人の話をどのくらい理解できますか。	できる 支援がいる できない 支援の仕方
	14. 文字の読み書きはできますか？	読み：できる 支援がいる できない 書く：できる 支援がいる できない 支援の仕方
	15. 時計が読めて時刻を正確に理解することができますか。	できる 支援がいる できない 支援の仕方
	16. 初めての事や苦手なことをする時、気をつけることはありますか。 (例) 書いて見通しを持たせる等	具体的にお書きください
	17. 初めての場所での様子や初めての人との関わり方はどうですか。 (例) 場面に慣れるまで時間が必要 声かけしながら見守ってほしい等	具体的にお書きください
18. どんな性格ですか。		

社会 生活 能力 の 状 況	19. こだわりがありますか。	ある 補足	ない
	20. パニックが起きることがありますか。  ある場合、どんな時におきますか。また、どのような様子になりますか。その時どのように対応したらよいですか。できるだけ詳しくお書きください。	ある 補足	ない
	21. 自由時間（余暇時間）に楽しみにしておられることは、何ですか。		
健 康 の 様 子	1. 現在治療中（通院・投薬）の病気がありますか。	ある	ない
	・ある場合、病名をご記入ください		
	・薬は本人が管理できますか	できる	支援がいる できない
	・かかりつけの病院・医師をご記入ください		
	2. 医師から特に指示されていることがありますか。	ある	ない
特 記 事 項	その他、指導上配慮を要することや、希望などお書きください。		
平成 31 年      月      日      保護者氏名      印			