

申 込 書 (令和8年度)

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) スナップ写真の添付可 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申込者名 (本人) | | | | 男・女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭・平 年 月 日生 年齢 (令和8年4月1日現在) 満 歳 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな | 本人との続柄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現住所 | 〒 ー ー 区 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">電話</td> <td style="width: 10%;">—</td> <td style="width: 10%;">—</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">緊急連絡先① ()</td> <td>—</td> <td>—</td> <td colspan="4" rowspan="2" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">緊急連絡先② ()</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> </table> | | | | | | 電話 | — | — | | | | | 緊急連絡先① () | — | — |) | | | | 緊急連絡先② () | — | — |
| 電話 | — | — | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先① () | — | — |) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先② () | — | — | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 名 前 | 続 柄 | 年 齢 | 名 前 | 続 柄 | 年 齢 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(令和8年度) ※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

名前 ()

| 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。 | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 令和 8 年 月 日 保護者名 印 | | | |