

緑区生活支援センター 自立生活アシスタント事業・自立生活援助事業 利用連絡票

利用者 氏名	フリガナ				
	氏名	男・女			
生年月日	昭和・平成	年	月	日	(歳)
現住所	〒 -				
電話番号	自宅・その他			携帯	
	フリガナ			本人 との 続柄	
緊急連絡先	氏名				
	住所	〒 -			
	電話番号	自宅・その他			携帯
診断名 (精神)				その他疾患 (合併症)	疾患名 病院名 主治医名
	医療機関 (病院)			主治医 () 病院Wr ()	通院中・入院中
電話番号					
家族 状況	家族状況や本人との関係など記入してください。 (主な相談相手、保証人など本人と関係がある方)				家族 構成
経済 状況	あてはまるものに○をつけて下さい。 1、本人の就労収入 2、本人の年金収入(基礎・厚生 級) 3、本人名義の預貯金等 4、生活保護(受給中・申請予定) 5、家族の収入 6、その他() <備考>				
利用 目的	1、本人の利用目的 2、家族の希望 3、紹介機関の依頼目的及び援助目的				

