

労働者協同組合ワーカーズコープ・センター事業団

放課後等デイサービス ポジティブ

記入日 年 月 日

申請者氏名 _____ 印

申請者住所 _____

(利用者との関係: _____)

放課後等デイサービス ポジティブ 利用申請書

ふりがな _____

利用者氏名 _____ 性別 男・女 _____

生年月日

_____ 年 月 日 _____ 満 _____ 歳

郵便番号 〒 _____

住所 _____ TEL _____

在籍学校名 _____ 年 組 _____ 担任名 _____

障害手帳 有 無 _____ 身体障害者手帳 (_____ 種 _____ 級)

療育手帳(愛の手帳) (_____ 種 _____ 度)

保健福祉手帳 (_____ 級)

障害・疾病名 _____

受給者証 有 無 _____ (受給者番号: _____ 支給量: _____ / _____)

他のサービスの利用状況 (_____)

上限管理有無 有 無 _____ 上限月額 _____ 円

支給期間 _____ 年 月 日 から _____ 年 月 日 まで

申請理由

--

保護者連絡先

氏名	利用者との関係	携帯番号	メールアドレス

緊急連絡先(上記保護者を除く)

氏名	利用者との関係	住所	電話番号

家族構成

氏名	利用者との関係	生年月日	勤務先・通学先

自宅付近の地図(送迎希望地点があれば明記)

かかりつけ医療機関名

主治医名

TEL

服薬内容

平熱()℃

身長()cm

体重()kg

体質・持病

ひきつけ けいれん てんかん 脱臼 ヘルニア ぜんそく 中耳炎 便秘 下痢 アトピー性皮膚炎
アレルギー() その他()

身体面・持病等で特に配慮を要すること / 発症(発作)時の対処方法

保険証 被保険者名: _____

保険者記号番号: _____

医療証 有 無 (有の場合はコピーを添付)