

株式会社あんど ご相談申込書

必ずご記入ください。	氏名	(ふりがな)		
	生年月日	年	月	日 (才)
	住所 電話番号	〒		
	連絡先窓口 (ご担当者、または後見人)	TEL	()	
	手帳の有無			
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () <input type="checkbox"/> 療育手帳 (総合判定:) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 () <input type="checkbox"/> 申請中 (種別:) <input type="checkbox"/> 申請予定 (種別:) <input type="checkbox"/> 無			
	障害支援区分の有無	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 区分1 <input type="checkbox"/> 区分2 <input type="checkbox"/> 区分3 <input type="checkbox"/> 区分4 <input type="checkbox"/> 区分5 <input type="checkbox"/> 区分6 / <input type="checkbox"/> 無		
	要介護認定区分の有無	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 / <input type="checkbox"/> 無		
	生活保護受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 (申請日:)		
	介護保険サービス利用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	サービス内容	
	サポート体制の現況	<input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> ケースワーカー (行政) <input type="checkbox"/> 保護司 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	上記の担当者・連絡先	TEL ()		
	収入の有無	<input type="checkbox"/> 有 就労等 (約 円/月) 年金 (約 円/月) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 その他 (約 円/月)		
かかりつけ病院	病院 (科目) (担当医)			
わかる範囲で ご記入下さい。	就労等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	勤務先名称			
	現在の生活状況・ 経済状況			
	特記事項			

※あんど記載欄

あんど保証の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (理由:)
----------	---

友野	西澤	担当