

各保健福祉課に提出する日付をご記入ください。
事前に担当ケースワーカーに提出日時のご連絡をお願いします。

記入例

令和 7 年 11 月 4 日

提出者住所 世田谷区世田谷4丁目21番27号

氏 名 世田谷 花子 （利用希望者との続柄： 母 ）

世田谷区障害者通所施設について、本人の心身の状況に関する情報及び介護者に関する情報を保健福祉課・障害者地域生活課・希望施設に提供することを同意し、以下のとおり利用を希望します。

利用希望者の状況	ふりがな	せたがや たろう				性別	男												
	氏名	世田谷 太郎																	
	生年月日・年齢	平成	19	年	5	月	1	日生	(	18	歳)	日中に連絡が取れる番号を記載してください。 また、どなたの番号か記載ください。							
	住 所	〒	154	—	8504	世田谷区 世田谷4丁目21番27号													
	電話番号	自宅	03—	●●●●●●	—	●●●●●●	緊急連絡先	080—	●●●●●●	—	●●●●●● (母携帯)								
	障害の程度及び	愛の手帳	2	度	身体障害者手帳	1	種	3	級										
手帳の有無	障害支援区分 (	6	)	精神保健福祉手帳	級														
	利用希望施設名	実習経験の有無	実習期間																
1	●●福祉作業所 生活介護	有	令和	7	年	7	月	5	日	～	7	年	7	月	7	日	(	3	日間)
2	●●福祉園 生活介護	有	令和	7	年	6	月	1	日	～	7	年	6	月	2	日	(	2	日間)
3	●●生活実習所 生活介護	有	令和	6	年	11	月	2	日	～	6	年	11	月	4	日	(	3	日間)
4	事業種別は全て同じものにしてください。 就労移行・就労継続B型は2つ以上、 生活介護は3つ以上記載してください。 就労移行随時希望の場合は1カ所可。		令和		年		月		日	～		年		月		日	(		日間)
令和				年		月		日	～		年		月		日	(		日間)	
令和				年		月		日	～		年		月		日	(		日間)	
6	選択	選択	令和		年		月		日	～		年		月		日	(		日間)
送迎バス乗車希望			有：座席を使用																

※ 事業種別は全て同じものにしてください。
就労移行・就労継続B型は2つ以上、生活介護は3つ以上記載してください。
就労移行随時希望の場合は1カ所可。

※ 第1号様式「世田谷区障害者通所施設利用意向調査書」、第2号様式「世田谷区障害者通所施設利用希望者調査書」、参考様式「本人の現況」は利用調整の資料となります。保健福祉課で受付後、利用希望施設へ写しを配付いたしますのでご了承ください。

《希望理由》生活介護は3ヶ所以上、就労系は2ヶ所以上の理由の記載をお願いいたします。

第 希望 施設名

別紙は添付せず、この枠に収まるよう、
ご記入ください。

第 希望 施設名

第 希望 施設名

第 希望 施設名