地域生活への移行希望 本人、家族それぞれに〇をしてください	（本人） ある　　ない （家族） ある　　ない

申込区分 □をチェックしてください	□一体型（入所・すだちの里すぎなみの日中活動※） ※日中活動（□生活介護　□自立訓練　□就労移行支援） □体験型（入所）

すだちの里すぎなみ　利用申込書

杉並区長　宛

次のとおり申込みます。

申込年月日　令和　年　月　日

申込者	フリガナ			
	氏名	利用申込者との続柄（　　）		
	住所	〒 電話番号　（　　）		
利用申込者（本人）	フリガナ		生年月日（年齢）	昭和・平成　年　月　日 （　　）歳
	氏名		性別	男　・　女
	住所	〒 電話番号　（　）		
	居住先住所 （上記の住所と異なる場合）	〒 電話番号　（　）		
	障害支援区分	１・２・３・４・５・６（認定有効期間　　年　月　日）　なし		
	身体障害者手帳等級	１・２・３・４・５・６ 級		
	現在の入所・入院先 （短期入所は除く）	施設・病院名　　電話番号　（　） （所在地）〒 期間（予定）　年　月　日　～　年　月　日		

<入所意思の確認および個人情報の取り扱いについての署名>

上記の内容をもってすだちの里すぎなみに入所申込みをします。また、入所選考に係る資料や情報を杉並区、社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会、指定特定相談支援事業所、その他関係機関に提供することに同意します。

利用についての意思確認署名欄 （代理人代筆の場合はその旨記載）	本人　　家族 （入所申込者との関係　　）