

# 計画相談新規依頼票

ルナソル相談支援事業所  
〒810-0033 福岡市中央区小笹2丁目13-1  
LAX小笹B  
(TEL) 092-707-1783 (FAX) 092-707-1784

申込日 年 月 日

依頼  
(相談者) \_\_\_\_\_  
ご担当者 \_\_\_\_\_

事業所番号 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_  
FAX \_\_\_\_\_

## 利用される方について

|            |  |        |  |
|------------|--|--------|--|
| ふりがな       |  | 性別     | 家族構成 (同居家族を○でかこんでください)                         |
| 氏名         | 様  | 男<br>女 | 本人 _____<br> <br>*キーパーソン<br>氏名 _____ 続柄: _____ |
| 生年月日       | M / T / S / H / R 年 月 日 ( 歳)   |        |  |
| 住所         | (〒 - )   |        |  |
| 電話         |  |        |  |
| 上記以外の連絡先   |  |        |  |
| 手帳等        | 身体障がい者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神保健福祉手帳 ・ 特定疾患受給者証 ・<br>介護保険 (要支援 ・ 要介護) ・ 生活保護 ・ その他 ( ) |        |  |
| かかりつけ医療機関名 |  | 医師名    |  |
| 主病         |  |        |  |

## 利用申し込み (相談) 内容

## 他のサービス利用状況

|     | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|
| A M |   |   |   |   |   |   |   |
| P M |   |   |   |   |   |   |   |

\* 折り返し連絡について希望日・時間帯があれば、ご記入ください。

|  |
|--|
|  |
|--|