

## 申請者の現状(セルフプラン基本情報)

利用者の状況(可能な範囲でご記入いただき、セルフプラン①・②と合わせてご提出ください)

利用者氏名		生年月日	( 歳)
利用者が18歳未満の場合 保護者氏名		本人との続柄	
住所	〒279- 浦安市 電話番号		
障害等級、または 疾患名		障害支援区分 (従前の障害程度区 分)	区分 1・2・3・4・5・6 無
家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入	関係機関 ※ご本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)		
生活歴 ※受診歴等含む	医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況など		