

(様式1) 本人の記録

● 氏名・住所等					
ふりがな		性	男	生年月日	年 月 日
氏名		別	女		
住所	〒 —				
		TEL	( )		
住所	緊急連絡先				
		TEL	( )		

● 医療にかかわる特記事項等		
病名等	診断時期	診断期間(担当者)
	年 月 日 歳ころ	
	年 月 日 歳ころ	
	年 月 日 歳ころ	
手帳等	身体障害者手帳(□無・□有)	
	種 級 ( ) 交付	年 月 日
	種 級 ( ) 交付	年 月 日
	療育手帳(□無・□有)	
□A □B	交付	年 月 日
□A □B	交付	年 月 日
□障害児福祉手当 □特別児童扶養手当 □児童扶養手当 □その他( )		

● 家族の状況				
家族状況	氏名	生年月日	続柄	職業等
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		