

弁護士による事例相談会申し込み用紙

送信先：南島原市地域包括支援センター 【FAX番号：84-2630】

担当：山室・福田・黒岩 行

所属先	
氏名	(職種：)
	(職種：)
	(職種：)

事例相談 (有 ・ 無)

※事例相談“有”の場合のみ、以下の記入をお願いします。なければ、記載不要です。

本人の性別	男性 ・ 女性	本人の年齢	歳代
本人の状態	高齢者・知的障害・身体障害 (級) (肢体・聴覚・視覚・内部・その他) 精神障害 () ・ その他 ()		
生活状況	独居・家族と同居 (続柄) 施設入所 (特別養護老人ホーム・老人保健施設・グループホーム・その他) 病院 (一般病院・老人病院・精神病院・その他)		
収入	国民年金・厚生年金・障害年金・その他		

※概要の記載をお願いします。必ずしもこの用紙に記載する必要はありません。上記枠内チェックし、詳細は自由形式で別紙でも構いません。

*記入にあたっては、ご本人を特定できないように配慮をお願いします。

南島原市地域包括支援センター
 担当：山室 ・ 福田 ・ 黒岩
 TEL：0957-84-2633 / FAX：0957-84-2630
 メールアドレス：minashima-houkatsu@cap.ocn.ne.jp