

送付先：愛知県福祉局福祉部障害福祉課
地域生活支援グループ

〒460-8501
名古屋市中区三の丸3丁目1番2号

施設名	
記入者 職・氏名	

地域移行希望者伝達票

福祉施設入所者の地域生活移行について、下記のとおり希望者がありましたので、報告します。

記

1 希望者

ふりがな 氏名	男・女 (歳)
支給決定市町村	(入所年月日： 年 月 日)

2 希望者の意向（該当するものに○を記入してください。）

ア 地域生活移行を希望する

イ 地域生活移行について、もっと詳しく話を聞いてみたい

3 御本人の署名

この用紙を、支給決定市町村やあなたのサービス等利用計画を作成している相談支援事業所に提供することを承諾します。

氏名（自署又は代筆）_____

_____年 月 日署名