

## 入 所 申 請 書

国立職業リハビリテーションセンター所長 殿

私は、このたびセンターに入所を申請いたします。 令和 年 月 日

写 真  
40mm×30mm(3ヶ月以内に撮影)  
裏面に名前を記入  
してください。

フリガナ		性 別
氏 名		男 ・ 女
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳 )	
住 所	〒 — 電話 ( ) —	
	※国立障害者リハビリテーションセンター(障リハ)に入所中あるいは入所予定の方は、入所(予定)日、宿舎の棟、室番号をお書きください。	
	令和 年 月 日利用開始(予定) 【 棟 号室】	
通 所 手 段	※現在、障リハにご自宅から通所して就労移行支援等を利用中の方で、当センターの訓練に際しても通所を予定されている方は、右記の【通所】に○をおつけください。 【 通 所 】	
	a. 国立障害者リハビリテーションセンター宿舎 b. 電車・バス(自宅最寄駅 線 駅:バス停留所 ) c. その他 ( ) ※自動車等による通所は、届出に基づく認が必要で(下肢障害のある方など)。 職業リハビリテーションセンターまでの所要時間 ( 時間 分 )	
障害名・病名 (手帳の記載内容)	( 級・度)	
障害者手帳等	a. 身体障害者手帳 b. 療育手帳 c. 公的機関の判定書 d. 精神障害者保健福祉手帳 e. 主治医の意見書 f. その他 ( ) 手帳取得日 (昭和・平成・令和 年 月 日 ・ 申請中 ) ※手帳をお持ちの方は、手帳の写しを併せてご提出ください。	
受 障 原 因	a. 先天的 b. 疾病 c. 交通災害 d. 労働災害 e. その他 ( ) 受障年月日 【 昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳時) 】	
重複の障害状況	上記の障害のほかに重複の障害がある方は、○印を付けてください。	
	a. 身体障害 b. 難病 c. 高次脳機能障害 d. 発達障害 e. 精神障害 f. 知的障害 aからfの診断名 ( )	
希望する訓練科	科	コース
職業訓練を希望する理由	ここには、現時点の希望コースをご記入ください。	
就職についての希望(職種等)		
併 願	有 ・ 無	※「有」の場合は併願先をご記入ください。 a. 就職活動中 b. 他の職業訓練を申請(予定) c. その他 ( )
応 募 回 ※日程については、募集要項をご参照ください。	ご希望される時期に○印を付けてください。	
	第1回 第2回 第3回 第4回 第5回 第6回 第7回 第8回 第9回 第10回	

(注) 記入が困難な方は、代筆でもかまいません。(代筆者氏名: 本人との関係: )

国立職業リハビリテーションセンター

身体障害、難病のある方対象

高次脳機能障害のある方対象

発達障害のある方対象

精神障害のある方対象

知的障害のある方対象

# 入 所 申 請 書

令和 年 月 日

氏 名	
-----	--

<学歴・職業訓練受講歴> ※新しい学歴・受講歴から順に和暦でご記入ください。

在 学 期 間	学 校 名 ・ 訓 練 校 名	学 科 ・ 科 目	出 席 状 況	区 分
S H 年 月 ~ H R 年 月			欠席なし 欠席あり (通算 日)	在学・中退・卒業
S H 年 月 ~ H R 年 月			欠席なし 欠席あり (通算 日)	在学・中退・卒業
S H 年 月 ~ H R 年 月			欠席なし 欠席あり (通算 日)	在学・中退・卒業
S H 年 月 ~ H R 年 月			欠席なし 欠席あり (通算 日)	在学・中退・卒業
S H 年 月 ~ H R 年 月			欠席なし 欠席あり (通算 日)	在学・中退・卒業

<職 歴> ※新しい職歴から順に和暦でご記入ください。  
※書ききれない場合は、別紙に作成の上添付してください。

在 職 期 間	事 業 所 名	仕 事 の 内 容	離 職 理 由
S H 年 月 ~ H R 年 月			
S H 年 月 ~ H R 年 月			
S H 年 月 ~ H R 年 月			
S H 年 月 ~ H R 年 月			
S H 年 月 ~ H R 年 月			
S H 年 月 ~ H R 年 月			
S H 年 月 ~ H R 年 月			

<治療歴・施設利用歴> ※新しい治療歴・施設利用歴から順に和暦でご記入ください。  
※国立障害者リハビリテーションセンター入所中または入所予定の方は1行目にご記入ください。

治 療 ・ 在 籍 期 間	病 院 ・ 施 設 名	治 療 ・ 作 業 の 内 容	入 院 (入 所) ・ 通 院 (通 所)
S H 年 月 ~ H R 年 月			
S H 年 月 ~ H R 年 月			
S H 年 月 ~ H R 年 月			
S H 年 月 ~ H R 年 月			
S H 年 月 ~ H R 年 月			

(注) 記入が困難な方は、代筆でもかまいません。(代筆者氏名: 代筆の場合は本人との関係: )

国立職業リハビリテーションセンター

切り取り線

身体障害、難病のある方対象

高次脳機能障害のある方対象

発達障害のある方対象

精神障害のある方対象

知的障害のある方対象

# 入 所 申 請 書

令和 年 月 日

氏 名	
-----	--

＜免許・資格＞ ※ 取得日の新しいものから順に和暦でご記入ください。

取 得 日	免 許 ・ 資 格 の 名 称	実用性 (自己判断で可)
S H R 年 月		有 ・ 無 ・ どちらとも言えない
S H R 年 月		有 ・ 無 ・ どちらとも言えない
S H R 年 月		有 ・ 無 ・ どちらとも言えない
S H R 年 月		有 ・ 無 ・ どちらとも言えない

＜障害状況等＞ ※ 全ての項目にご記入ください。「有」「要」「可」の場合は右枠もご記入ください。

職業訓練受講に 当たって配慮を 要する疾患等	有 ・ 無	※「有」の場合は、疾患名等をご記入ください。 (例：精神疾患、高次脳機能障害、てんかん、発達障害、生活習慣病、褥瘡、色覚など)
通 院	有 ・ 無	※「有」の場合 病院名 ( ) 回数 ( 回/月 )
服 薬	有 ・ 無	※「有」の場合 種 類 ( ) 回数 ( 回/日 ) ※服薬する薬の種類が多い場合には、最新のお薬情報紙を添付してください。(コピー可)
補 装 具	有 ・ 無	※「有」の場合は種類をご記入ください。(例：車いす、下肢装具、補聴器、白杖など)
トイ レの 配 慮	要 ・ 不 要	※「要」の場合 和式と洋式が可 ・ 洋式のみ可 ・ 座敷トイレのみ可
コ ミュ ニ ケー ション の 配 慮	要 ・ 不 要	※「要」の場合は配慮内容をご記入ください。(例：手話、筆談、画面読み上げソフト、拡大読書器など)
階 段 昇 降	不 可 ・ 可	※可の場合 手すり ( 要 ・ 不要 )
障 害 年 金	有 ・ 無	※「有」の場合 障害基礎年金 ( ) 級 ・ 障害厚生年金 ( ) 級 ・ 申請中 ・ 申請予定
労災保険の適用	有 ・ 無	
傷病手当金	有 ・ 無	

＜現在利用中の支援機関＞ ※「有」の場合は右枠に施設名と種類(例：授産施設、作業所、デイケアなど)をご記入ください。

支 援 機 関	有 ・ 無	施設名 ( ) 種類 ( )
		施設名 ( ) 種類 ( )

(注) 記入が困難な方は、代筆でもかまいません。(代筆者氏名： 代筆の場合は本人との関係： )