

福岡県脊髄損傷者連合会 宛

※太枠内の事項をご記入下さい。

相談支援カード	N O ()	
	福岡県支部 担当 ()	
	(社) 全国脊髄損傷者連合会 会員 ・ 非会員	
相談日	年 月 日	
ふりがな		性別 男 ・ 女
相談者氏名		年齢 歳
相談者住所	〒	
連絡先	電話・FAX	
	E-mail	
相談者区分	本人・家族・その他 ()	受傷暦 年 月 日
障害名		居住 在宅・入院中・入所中
<p>■年金について ※○等で囲んで下さい。 障害・国民・厚生・労災・生活保護・無年金・その他</p>		
<p>■就労について ※○等で囲んで下さい。 している・していない</p>		
<p>■相談の内容</p>		
<p>相談内容は () の件に関して ※ () 内に下記番号から選びご記入下さい。</p>		
<p>1. 健康管理・健康維持に関すること 2. 年金や福祉制度・サービスに関すること 3. 住宅の改造・新築に関すること 4. 生活福祉用具・器具に関すること 5. 労災認定・遺族年金の手続きに関すること 6. 各種介護保障（補償）に関すること 7. 自立生活に関すること 8. その他</p>		
<p>■具体的な相談内容（※別紙に文面が超過する場合は、添付下さいますようお願いいたします。）</p>		
<p>(送信先) 福脊連・事務局 FAX : 092-592-4528</p>		