

## 「施設利用申請関係書類」について

### 施設利用申請に必要な書類

- ① 施設利用申請書（写真上半身4×3cm貼付のこと）……様式第1号
- ② 履歴事項記入書……様式第2号
- ③ 健康診断書①……様式第3号の1  
健康診断書②……様式第3号の2
- ④ 最終学校の卒業証明書（又は卒業見込証明書）
- ⑤ 調査書（身体障害者手帳の写しを添付）……様式第4号

※上記提出書類につきましては、持参もしくは特定記録・簡易書留など引き受け証明が出来るもので発送をお願いいたします。

### 選考後、利用が許可された方に提出していただくもの

- ① 誓約書・緊急時連絡先…… 選考結果に同封します。
- ② 障害福祉サービス受給者証…… 福祉事務所又は町村役場が発行します。

記入された個人情報、本来の目的のみに使用し、法令並びに社会福祉法人京都府社会福祉事業団個人情報保護規程及び視力障害者福祉センター個人情報保護処理要領に基づいて取扱い、当センターにおいて責任をもって管理します。

なお、提出された施設利用申請関係書類は、返却いたしません。

### 京都府立視力障害者福祉センター

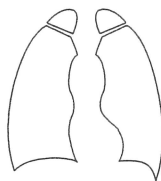
住 所 〒606-0805 京都市左京区下鴨森本町21番地  
電 話 075（722）8203  
ファックス 075（702）2972

| 施設利用申請書                                                       |                                           |      | 写真貼付欄<br>4×3cm<br>(6箇月以内に撮影したもの) |  |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------|----------------------------------|--|
| 令和 年 月 日                                                      |                                           |      | 年 月 日撮影                          |  |
| 社会福祉法人 京都府社会福祉事業団<br>京都府立視力障害者福祉センター所長 様                      |                                           |      |                                  |  |
| 本人氏名                                                          |                                           |      | ⑩                                |  |
| 保証人氏名                                                         |                                           |      | ⑩                                |  |
| 保証人住所                                                         |                                           |      | 〒                                |  |
| 電話                                                            |                                           |      | ( )                              |  |
| 貴センターを利用したいので、別紙関係書類を添えて申請します。                                |                                           |      |                                  |  |
| 希望学科                                                          | 1. あん摩マッサージ指圧科 2. あん摩マッサージ指圧・はり・きゅう科      |      |                                  |  |
| 受験方法                                                          | 問題(1. 墨字 2. 点字 3. 読み上げ) 解答方法(1. 墨字 2. 点字) |      |                                  |  |
| 宿舎利用                                                          | 1. 希望する 2. 希望しない                          |      |                                  |  |
| ふりがな氏名                                                        |                                           | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日( 歳)                  |  |
| ふりがな現住所                                                       | 〒                                         |      |                                  |  |
|                                                               | 電話 ( )                                    |      |                                  |  |
| ※上記で宿舎利用を希望する方のみ、下記に記入してください。                                 |                                           |      |                                  |  |
| 長期休業期間中の帰省先住所                                                 | 〒                                         |      |                                  |  |
| (注)・選考試験時の面接において宿舎利用についてお伺いします。<br>・宿舎利用については、二人部屋になる場合があります。 |                                           |      |                                  |  |

※記入された個人情報は、本来の目的のみに使用し、法令並びに社会福祉法人京都府社会福祉事業団個人情報保護規程及び視力障害者福祉センター個人情報保護処理要領に基づき取扱い、当センターにおいて責任を持って管理します。  
なお、提出された施設利用申請関係書類は返却いたしません。

| 履 歴 事 項 記 入 書  |  |
|----------------|--|
| 学 歴            |  |
| 年 月            |  |
| 年 月            |  |
| 年 月            |  |
| 年 月            |  |
| 年 月            |  |
| 年 月            |  |
| 職 歴 そ の 他      |  |
| 年 月            |  |
| 年 月            |  |
| 年 月            |  |
| 年 月            |  |
| 年 月            |  |
| 年 月            |  |
| 年 月            |  |
| 年 月            |  |
| 賞 罰            |  |
| 年 月            |  |
| 年 月            |  |
| 上記のとおり相違ありません。 |  |
| 年 月 日          |  |
| 本人氏名           |  |
| 代筆の場合、代筆者氏名    |  |

※職歴は、会社名及び従事した職種を記入すること。

| 健康診断書 ①                                   |        |                                                          |                                                   |      |                                                                                                                          |                 |  |        |      |                        |  |
|-------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--|--------|------|------------------------|--|
| 氏名                                        |        |                                                          |                                                   | 男・女  | 住所                                                                                                                       |                 |  |        | 生年月日 | 昭和・平成<br>年 月 日<br>( 歳) |  |
| 既往症                                       |        |                                                          |                                                   |      |                                                                                                                          |                 |  |        |      |                        |  |
| 身長                                        | cm     | BMI                                                      |                                                   | 精神障害 |                                                                                                                          |                 |  | 耳鼻咽喉疾患 |      |                        |  |
| 体重                                        | kg     | I                                                        |                                                   |      |                                                                                                                          |                 |  |        |      |                        |  |
| 運動障害の状況                                   |        |                                                          |                                                   | 整形疾患 |                                                                                                                          |                 |  | 聴力・言語  | 聴力   | 右                      |  |
|                                           |        |                                                          |                                                   |      |                                                                                                                          |                 |  |        | 左    |                        |  |
|                                           |        |                                                          |                                                   |      |                                                                                                                          |                 |  | 言語     |      |                        |  |
| 血圧                                        | ～ mmHg |                                                          |                                                   |      | 尿検査                                                                                                                      | 蛋白 ( )<br>糖 ( ) |  |        |      |                        |  |
| 血液検査                                      | 梅毒反応   | ※梅毒反応検査成績書を必ず添付のこと<br>※梅毒反応検査の結果が陽性、擬陽性の場合は定量検査成績書も添付のこと |                                                   |      |                                                                                                                          |                 |  |        |      |                        |  |
|                                           | B型肝炎   | HBs抗原 (+・-)<br>HBs抗体 (+・-)                               | ※検査成績書を必ず添付のこと<br>※HBs抗原(+)の場合はHBe抗原、HBe抗体検査を行うこと |      |                                                                                                                          |                 |  |        |      |                        |  |
|                                           | C型肝炎   | HCV抗体 (+・-)                                              | ※検査成績書を必ず添付のこと<br>※HCV抗体(+)の場合はHCV-RNA検査を行うこと     |      |                                                                                                                          |                 |  |        |      |                        |  |
| 眼科以外の疾患及び所見                               |        |                                                          |                                                   |      | 胸部X線検査<br>(直接又は間接6×6)<br>年 月 日撮影<br> |                 |  |        |      |                        |  |
| 上記のとおり診断する。<br>令和 年 月 日<br>医 師 住所<br>氏名 ⑩ |        |                                                          |                                                   |      |                                                                                                                          |                 |  |        |      |                        |  |

- ※1 空欄を残さず記入してください。
- 2 該当するものに○印を付けてください。
- 3 『検査成績書添付』と明記されているところは、必ず添付してください。
- 4 現疾患がある方には、精密検査結果、治療証明書、診断書などを必要とすることがありますので、本診断書を当センターに提出された後に連絡します。

## 健康診断書 ② (眼科)

|    |   |     |    |   |                      |                           |
|----|---|-----|----|---|----------------------|---------------------------|
| 氏名 |   | 男・女 | 住所 |   | 生年月日                 | 昭和・平成<br>年 月 日<br>( 歳)    |
| 病名 | 右 |     |    |   | 視覚障害の現れた時期           | 昭和・平成・令和<br>年 月 日<br>( 歳) |
|    | 左 |     |    |   | 障害等級表 2 級以下の視力になった時期 | 昭和・平成・令和<br>年 月 日<br>( 歳) |
| 視力 | 右 | ( ) | 視野 | 右 | 眼圧                   | 右                         |
|    | 左 | ( ) |    | 左 |                      | 左                         |

※検査結果を添付してください。(視野)

|                                                                                            |       |                                         |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------|--|--|--|--|
| 病歴                                                                                         |       |                                         |  |  |  |  |
| 治療                                                                                         | 要・不要  |                                         |  |  |  |  |
| 感染性                                                                                        | 有・無   |                                         |  |  |  |  |
| 視覚障害の原因                                                                                    | 感染性疾患 | ジフテリア、麻疹、脳膜炎、膿漏眼、トラホーム、結核、梅毒、その他 ( )    |  |  |  |  |
|                                                                                            | 外傷    | 交通、スポーツ、打撲、刺傷、火傷、薬品腐蝕、電気、放射線、爆傷、その他 ( ) |  |  |  |  |
|                                                                                            | 中毒    | メチルアルコール、その他の中毒 ( )                     |  |  |  |  |
|                                                                                            | 全身性疾患 | 糖尿病、ベーチェット病、腎臓病、血管病、栄養障害、脳水腫、その他 ( )    |  |  |  |  |
|                                                                                            | 先天素因  | 遺伝推定、梅毒、先天性白色症、その他 ( )                  |  |  |  |  |
|                                                                                            | 腫瘍    | 網膜膠種、脳腫瘍、その他 ( )                        |  |  |  |  |
|                                                                                            | 原因不明  | 医学的不確認、不明                               |  |  |  |  |
| <p>上記のとおり診断する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>眼科医師 住所 氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> |       |                                         |  |  |  |  |

※1 空欄を残さず記入してください。  
 2 該当するものに○印を付けてください。

血液検査成績書添付用紙

|                                |           |           |
|--------------------------------|-----------|-----------|
| 梅毒反応検査成績書                      | B型肝炎検査成績書 | C型肝炎検査成績書 |
| <div>貼<br/>り<br/>付<br/>け</div> |           |           |

## 施設利用に関する調査書

|                       |                 |                |           |        |
|-----------------------|-----------------|----------------|-----------|--------|
| ふりがな                  |                 |                |           | 連絡先    |
| 氏名                    |                 |                |           | 携帯（本人） |
| 身体障害者手帳<br>（視覚障害）     | 都道府<br>県市第<br>号 | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日（ 歳） | 種 級    |
| ※身体障害者手帳の写しを添付してください。 |                 |                |           |        |

以下は、利用希望者の方の状況を記入するか当てはまる箇所に○印をつけてください。

| 使用文字等                                                        | 墨 字                                                       | 点 字                     | デイジー   | 拡大読書器  |               |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------|--------|--------|---------------|
| 点字習得状況                                                       | ・点字を（・知っている<br>・点字を（・書ける<br>・点字を（・読める                     | ・知らない<br>・書けない<br>・読めない | 点字器の有無 | 有 ・ 無  |               |
|                                                              |                                                           |                         | 安全杖の有無 | 有 ・ 無  |               |
| 単 独 歩 行                                                      | ・できる<br>・できない                                             | 歩行訓練の経験                 | 有<br>無 | 安全杖の操作 | ・できる<br>・できない |
| サービス等<br>利用計画(案)の<br>作成について<br>希望の相談支援<br>事業所に○印を<br>つけてください | 京都府立視力障害者福祉センターに作成を依頼する。                                  |                         |        |        |               |
|                                                              | 現在利用している、相談支援事業所を引き続き利用する。<br>(事業所名 )                     |                         |        |        |               |
|                                                              | セルフプランを作成する。                                              |                         |        |        |               |
|                                                              | わからないので、福祉事務所に相談したい。                                      |                         |        |        |               |
| 現 在 の<br>サ ー ビ ス<br>利 用 状 況                                  | ※現在受給者証を所持されている場合に記載されているサービス内容を記入してください。<br>支援機関名： 担当者名： |                         |        |        |               |