**障がい者グループホーム　　入居申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 受付処理日 | 平成　 　 年　 　月　　日 |

障がい者グループホーム

管理者殿

下記の通り、貴サービスを利用したく申し込みます。　作成日　平成　　　年　　　　月　　　日

【入居者（本人）】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 生年　月日 | 　□昭和　　□平成　　年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  | □男性□女性 |
| 年齢 | 　　　　　　　　歳 |
| 住所 | 〒 | 電話 |  |

【申込理由（動機）】

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

【家族の状況】

主となる連絡者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 入居者との関係 | 　 |
| 氏名 |  |
| 連絡先 | (自宅電話) | (携帯電話) |
| (勤務先電話) | (会社名) |
| 住所 | 〒 |

その他家族構成

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 　続柄 | 住居（別に居住している場合には居住地の市・区を記載 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

【既往歴】

|  |  |
| --- | --- |
| (疾病名) | (医療機関) |
| (服薬の状況) |

【障害者福祉サービス受給者証】

|  |
| --- |
| □既に受けている　　□申請中（申請日：平成　　　　年　　　月　　　日）□申請予定 |

　※すでに受給者証を取得している場合（分かる範囲でご記入ください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 |  | 認定有効期間 |  |
| 障害程度区分 |  | サービス事業者名 |  |

【担当行政機関】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区名 | 　　　　区福祉保健センター | ケースワーカー名 |  |
| 後見人 | * 有　　　□　無
 |

【健康保険】

|  |
| --- |
| □国保（本人）　□健保（家族）　　□国保（一般）　　□未加入　　□その他（　　　　　　） |
| 交付年月日 |  | 記号 |  | 番号 |  |

【手　帳】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 手帳の有無 | 交付年月日 | 障害等級 | 手帳管理者 |
| 精神保健福祉 | □有　　□無 | 　　年　　月　　日 |  |  |
| 療養手帳 | □有　　□無 | 年　　月　　日 |  |  |
| 身体障害 | □有　　□無 | 年　　月　　日 |  |  |

【収　入】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * 有　　　□　無
 | 収入金額 | 管理者 |
| 障害年金 | (　　　)級→　(　　　　)年から受給 |  |  |
| 生活保護 | (　　　　)から受給 |  |  |
| 就　労 | 勤め先(　　　　　　　　　　　　　　) |  |  |
| その他 | その他年金→具体的に(　　　　　　　) |  |  |
| 諸手当→具体的に(　　　　　　　　　) |  |  |
| その他→具体的に(　　　　　　　　　) |  |  |

【ご利用中のサービス】

|  |
| --- |
|  |

※関係機関への問い合わせについて同意していただけますか。

* 同意する　（署名　　　　　　　　　　　　　　　）　□　同意しない