

入居申込書(本人記入用)

作成日: 年 月 日

名前	(ふりがな)		性別	生年月日	年齢
現住所	〒				連絡先
緊急連絡先	名前	続柄	住所		連絡先
通院先	病院名	科	担当者		連絡先
			主治医		
			ワーカー		
			主治医		
通所・就労先	事業所名		担当者		連絡先
行政機関等	支援を実施する区市町村	担当者			連絡先
		障害支援担当			Tel
		生活保護担当			Fax
					Tel
相談支援事業所	事業所名		担当者		連絡先
入居を希望する理由					
入居に向けて気になっていること					
日々の生活で困っていること					
グループホームでどんな生活をしていきたいですか？					

入居申込書(入居推薦者用①)

作成日: 年 月 日

名前	(ふりがな)		性別	生年月日	年齢	
現住所	〒				連絡先	
住民票登録地	〒				連絡先	
家族状況						
緊急連絡先	名前	続柄	住所	連絡先		
行政機関等	支援を実施する区市町村	担当者		連絡先		
		障害支援担当		Tel		
		生活保護担当		Fax		
相談支援事業所	事業所名	担当者		連絡先		
通院先	病院名	科	担当者	連絡先		
			主治医			
			ワーカー			
			主治医			
			ワーカー			
通所・就労先	事業所名	担当者		連絡先		
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳	級 級 級	年金	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 障害年金(基礎・厚生) <input type="checkbox"/> 厚生年金(高齢・遺族) <input type="checkbox"/> 共済年金	級 級 級 級	
健康保険	<input type="checkbox"/> 被用者(本人・家族) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護	医療費	<input type="checkbox"/> 自己負担 <input type="checkbox"/> 自立支援医療			
経済状況	<input type="checkbox"/> 就労等収入 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 家族等の援助	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他	減免等	<input type="checkbox"/> 低所得1 <input type="checkbox"/> 低所得2 <input type="checkbox"/> 一般		

入居申込書(入居推薦者用②)

現在の生活状況

成育歴・職歴など

入院歴など(病状悪化時の様子・経過、他科受診歴も含めご記入ください)

必要と思われる支援など、グループホームへのご意見・ご要望があればご記入ください

推薦者

