

## グループホーム ゼシン 入居申込書

(□本入居 □体験入居) (□ショートステイ)

## グループホーム ゼシン 宛

【個人情報取扱について】ご記入いただく個人情報は、弊社以外では使用いたしません。また、ご本人の同意なしに第三者に提供することはありません。お預かりした情報は厳重に管理し、漏洩などを防ぎます。

※上記を同意の上、本申込書をご記入ください。

同意 する。しない。必ずチェックを入れてください。

作成日 令和 年 月 日

### 【入居者（本人）】

フリガナ		性別	生年	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
氏名		<input type="checkbox"/> 男性	月日	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 女性	年齢	歳
住所	〒		電話	

### 【申込理由（動機）】

【家族の状況】

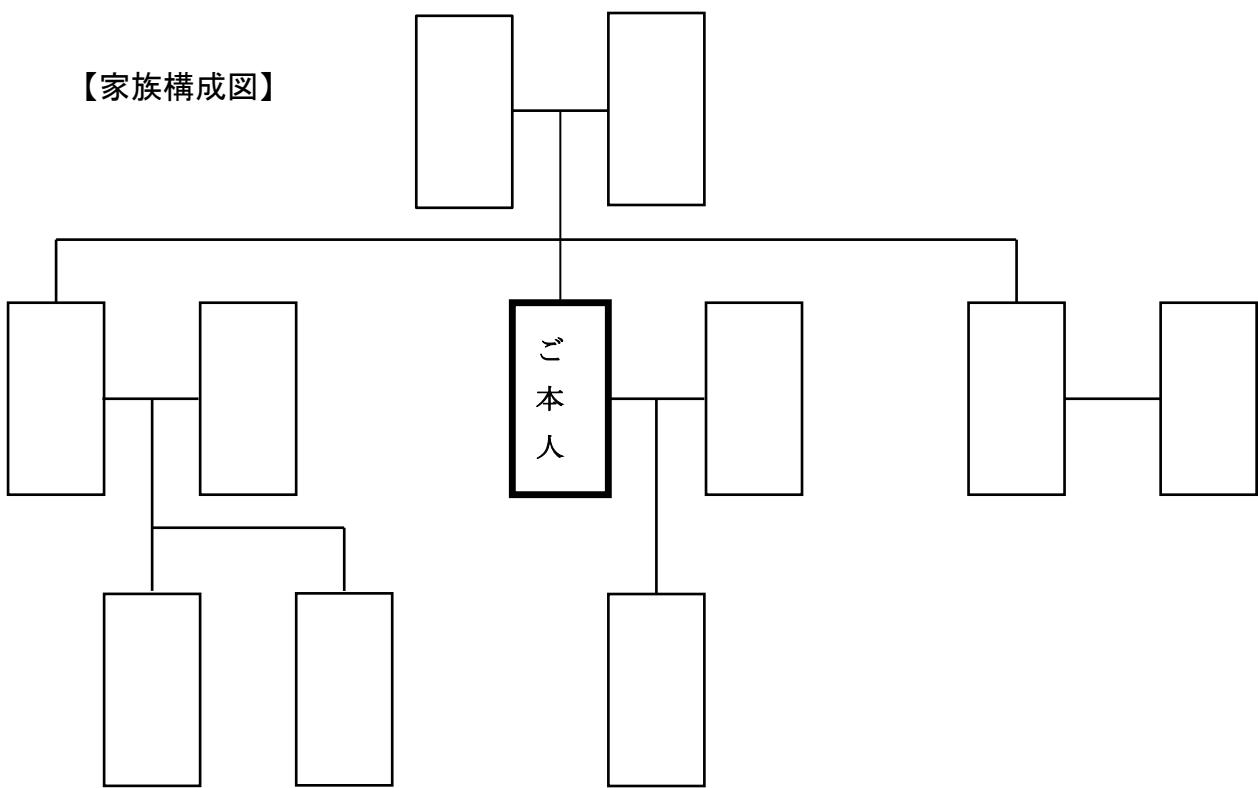
主となる連絡者

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

【家族構成図】



【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】

<input type="checkbox"/> 既に受けている	<input type="checkbox"/> 申請中 (申請日 : 令和 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 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】

機関名		ケースワーカー名	
後見人	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

【健康保険】

<input type="checkbox"/> 国保 (本人) <input type="checkbox"/> 健保 (家族) <input type="checkbox"/> 国保 (一般) <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日		
療養手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日		
身体障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日		

【収 入】

	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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

【相談支援事業所】

事業所名	
住 所	
連絡先	
担当者	

【その他】

--

以上 ご記入頂きありがとうございました。