



# 障がい者グループホーム 愛のくじら 入居申込書 ①

申込日：令和 年 月 日

ふりがな		生年月日	
本人氏名		昭和 平成	年 月 日 ( 歳)
住所	(〒 - )	電話番号	
主となる 連絡者	ふりがな 氏名	続柄	
	住所	電話番号	
緊急連絡先 1	ふりがな 氏名	続柄	
	住所	電話番号	
緊急連絡先 2	ふりがな 氏名	続柄	
	住所	電話番号	

## 家族構成

氏名 (ふりがな)	続柄	住所 (別居の場合はご記入ください)
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居→	
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居→	
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居→	
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居→	

## 既往歴

(病名)	医療 機関
(病名)	医療 機関
(病名)	医療 機関

## 健康保険

<input type="checkbox"/> 国保(本人)	<input type="checkbox"/> 国保(一般)	<input type="checkbox"/> 健保扶養	<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> その他( )
有効期限	年 月 日まで	(記号一番号)		
医療費	<input type="checkbox"/> 自己負担	<input type="checkbox"/> 自立支援医療(自己負担限度額	円)	

## 手帳

	手帳の有無	交付年月日	障害区分認定	申請中の場合申請日
精神保健福祉	有・無	年 月 日		
療育手帳	有・無	年 月 日		
身体障害	有・無	年 月 日		

## 担当行政機関

ケースワーカー名	区名	電話番号
後見人 (後見人氏名)	(電話番号)	<input type="checkbox"/> 無

# 障がい者グループホーム 愛のくじら 入居申込書 ②

ふりがな	
本人氏名	

申込日：令和 年 月 日



## 経済状況

就労収入	有・無	勤め先
国民年金	有・無	
障害年金	有・無	基礎・厚生 (      年) から受給・(      級)
老齢年金	有・無	基礎・厚生 (      年) から受給
生活保護	有・無	(      年) から受給      加算の有無      有・無
家族の援助	有・無	援助者
その他	その他年金—具体的にご記入ください→	
	諸手当—具体的にご記入ください→	
	その他—具体的にご記入ください→	
金銭管理者	氏名	続柄

## 申し込み理由

申し込み理由

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 心身の状態

心身の状態

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## グループホーム 愛のくじらに知っておいてほしいこと

グループホーム 愛のくじらに知っておいてほしいこと

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

※添付書類：健康保険証、障害者手帳、自立支援医療証、お薬手帳、〇〇〇〇〇のコピー