

# グループホーム「ふぁみりあ」 入居申込書

社会福祉法人みんなでいきる  
ふぁみりあ 管理者様

受付処理日 平成 年 月 日

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	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成
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(別居している場合には居住地の市等を記載)

## 【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	

【後見人等】

後見人(等)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	担当者	
--------	---	-----	--

【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

\* お預かりした書類は、ご返却いたしません予めご了承ください。なお、利用しない場合は、当方で責任をもって処分いたします。