

# グループホーム キュアケアつばさ入居申込書

いつも利用いただきありがとうございます。

グループホームのお問い合わせいただいている中で入居をスムーズに行うために仮審査として申込用紙を配布します。

## 【申込希望事業所】

<input type="checkbox"/> キュアケアつばさ鶴見	<input type="checkbox"/> キュアケアつばさ青葉
-------------------------------------	-------------------------------------

## 【申込希望サービス】

<input type="checkbox"/> 入居	<input type="checkbox"/> 体験入居	<input type="checkbox"/> 短期入所
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------

## 【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 <input type="checkbox"/> 女性	月日	年	月 日
住所	〒		年齢		歳
			電話		

## 【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	〒		

## 【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：平成 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	
障害支援区分		ご利用中のサービス	

## 【手帳】

	手帳の有無	障害等級
精神保健手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 級
療育手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 級

## 【収入】

<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	日中活動	希望します	
障害年金	( )級→( )年から受給		
生活保護	( 市・町)から受給		
就 労	勤め先( )		
その他	その他年金→具体的に( )		

かかりつけ医	
かかりつけ薬局	

体験 実施日 年 月 日 ( 曜)

本入所予定 年 月 日 ( 曜) 予定

短期入所予定 年 月 日 ( 曜)

で申し込みいたします

## 緊急連絡先

利用者様氏名 \_\_\_\_\_

保護者・ご家族様氏名 \_\_\_\_\_

第一連絡先 - - 続柄 ( )

第二連絡先 - - 続柄 ( )

<緊急時代理人が対応する場合>

代理人氏名 \_\_\_\_\_

本人様との関係 \_\_\_\_\_

理由 ( )

その他

※該当するものにご記入ください。

1、ご自宅から施設までの所要時間 車 ( 分)・徒歩 ( 分)

2、血液型 ( 型) RH+・RH-

3、持病 ;

4、常用薬 ;

5、その他特記事項