

申 込 書

<申請者>

ふりがな			入所希望者との 続柄	
氏名				
住所	〒 —	電話番号 ()	—	

<入所希望者>

ふりがな				男 ・ 女	認定区分	
氏名						
生年月日・年齢	S ・ H	年	月	日生	歳	
現住所	〒	電話番号 ()		—		
	同 上					
家族構成	続柄	氏名	年齢	職業・学生など	同居	
現況	現在、利用している事業所はありますか？ はい ・ いいえ					
	利用している事業所名	通所事業所名:				
		短期入所事業所名:				
その他 事業所名:						
障がい名 (いつ頃から)						
現病歴	病名:	医療機関:	主治医:			
	病名:	医療機関:	主治医:			
	病名:	医療機関:	主治医:			
感染症	無 ・ 有 (有の場合)病名:					
身体面	食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ()				
	排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ()				
	移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ()				
	入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ()				
	着脱衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ()				
行動面	自傷	他害	こだわり	その他 ()		
障害者医療証	有 ・ 無					
療育手帳	(1) 持っている	総合判定	A	B	C	(2) 持っていない
身体障害者手帳	(1) 持っている	種	級		(2) 持っていない	
精神障害者手帳	(1) 持っている	級		(2) 持っていない		
障害基礎年金	(1) 受けている	級		(2) 受けていない		

※ 受給者証、障害手帳のコピーを提出してください

<入所希望理由など>

--

<現在の家庭状況(入所希望者と家族の方との関わり)>

--

<特記事項>

--

<事務処理欄>

受付日	令和 年 月 日	受付者氏名	印
-----	----------	-------	---