

共同生活援助施設入居申込書

ふりがな		生年月日	昭・平 年 月 日
氏名			
住所			
連絡先	電話	— —	携帯 — —
障害支援区分		性別	
ふりがな		続柄	
保護者氏名			
住所			
連絡先	電話	— —	携帯 — —
入居希望理由			
入居後の目標			
施設への要望			
<p>上記のとおり、貴施設の利用を申し込みます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>社会福祉法人西春福祉会 理事長 様</p> <p style="text-align: right;">申込者 住所</p> <p style="text-align: right;">氏名</p>			

家族構成	氏名	続柄	緊急連絡先
<input checked="" type="checkbox"/> …本人 <input type="checkbox"/> …男性 <input type="checkbox"/> …女性			
既往歴	医療機関		受診科など
服薬の状況			
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
療育手帳	<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	
精神保健福祉	<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	その他の年金 ()		
	諸手当 ()		
	その他 ()		
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