

(共同生活援助施設) グループホームルピナス入居申込

受付処理日： 年 月 日

【入居者（本人）】

フリガナ		性別	生年月日	年 月 日
氏名		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年齢	歳
住所	〒			
連絡先	(電話)	障害支援区分		

【申込理由・施設への要望】

【保護者（主となる連絡者）】

フリガナ		続柄	
氏名			
住所	〒		
緊急連絡先	(電話)	(勤務先)	

【その他家族構成】

氏名	続柄	住居（市・区）

【既往歴】

疾病名	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	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 ()		
	諸手当 ()		
	その他 ()		

【ご利用中のサービス】

--

【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: 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

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	

【担当行政機関】

区分	区福祉保健センター	ケースワーカー名	
後見人	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

※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

上記のとおり、貴サービスの利用を申し込みます。

年 月 日

グループホームルピナス管理者 殿

申込者 住 所
氏 名

印