



入居申込書

申込日: 令和 年 月 日

入居申込にあたり、以下情報を提供するとともに、
貴事業所が入居実施に必要な情報を関係機関から取得及び使用することに同意します。

入居希望ホーム名		入居希望時期	令和 年 月 日頃
フリガナ			生年月日
本人氏名	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 (代筆者名: 関係:)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日 (歳)	
現住所	(〒 -)		
本人携帯電話	<input type="checkbox"/> 未所持 <input type="checkbox"/> あり (携帯電話番号:)		
緊急連絡先	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) (勤務先名)	
	住所	(〒 -)	
その他家族構成	氏名	続柄	住所(別居の場合に居住地の市・区をご記入ください)
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 →
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 →
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 →
後見人等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (氏名:)		
相談支援事業所利用の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 機関名: 電話: 担当者:		
入居の動機			
障害支援区分	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり(区分: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6) <input type="checkbox"/> 未申請		
手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 療育手帳(程度:) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳(級) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(級)		
障害・診断名			
主治医	医師名: 病院名: 科: 所在地: (〒 -) 電話番号:		
既往歴	病名		医療機関名
	病名		医療機関名
	病名		医療機関名
健康保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()		
介護保険	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 利用あり(要介護状態区分等:)		
医療費の助成	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> その他()		

裏面もあります。

申込日：令和 年 月 日

本人氏名： _____

治療中の疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（具体的内容： _____）					
かかりつけ医	_____					
服薬の内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（具体的内容： _____）					
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 支援必要					
	具体的内容： _____					
医療的ケア	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（具体的内容： _____）					
アレルギー	_____					
身長	_____ cm	体重	_____ kg	運動習慣	<input type="checkbox"/> あり(_____) <input type="checkbox"/> なし	
起床・就寝	起床 _____ 時	入眠 _____ 時	お酒	<input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 飲まない	タバコ	<input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない
現在の住まい	<input type="checkbox"/> 自宅(家族・親族との同居) <input type="checkbox"/> 自宅(一人暮らし等) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他(_____)					
日中活動先	<input type="checkbox"/> 企業就労 <input type="checkbox"/> 就労関係事業所 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> その他(_____)					
	活動先名： _____ 所在地： (〒 _____ - _____)					
その他利用中のサービス	_____					
活動日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝日					
	活動時間： _____ 時 ~ _____ 時 特記事項： _____					
日中活動に行かない日の支援の必要性	<input type="checkbox"/> 不要(一人で過ごせる) <input type="checkbox"/> 必要(具体的にご記入ください)					
土日・祝日の過ごし方	_____					
入居後収入	<input type="checkbox"/> 障害基礎/厚生年金(月額 _____ 円) <input type="checkbox"/> その他年金(月額 _____ 円)					
	<input type="checkbox"/> 生活保護(月額 _____ 円) <input type="checkbox"/> 就労収入(月額 _____ 円)					
	<input type="checkbox"/> 家族援助(月額 _____ 円) <input type="checkbox"/> その他(_____ 月額 _____ 円)					

特にお手伝いや見守りが必要なことにチェックを入れてください

<input type="checkbox"/> 起床介助	<input type="checkbox"/> 移乗介助	<input type="checkbox"/> 着替え	<input type="checkbox"/> 身だしなみ	<input type="checkbox"/> 洗面	<input type="checkbox"/> 歯磨き	<input type="checkbox"/> 排せつ介助
<input type="checkbox"/> 車椅子移動	<input type="checkbox"/> 歩行移動	<input type="checkbox"/> 食事介助	<input type="checkbox"/> 入浴介助	<input type="checkbox"/> 就寝介助	<input type="checkbox"/> 体位交換	<input type="checkbox"/> 夜間支援
<input type="checkbox"/> 掃除	<input type="checkbox"/> 洗濯	<input type="checkbox"/> 洗濯干し	<input type="checkbox"/> 洗濯物収納	<input type="checkbox"/> 整理整頓	<input type="checkbox"/> 買い物	<input type="checkbox"/> 服薬
<input type="checkbox"/> 鍵の開閉め	<input type="checkbox"/> 電話連絡	<input type="checkbox"/> 金銭管理	<input type="checkbox"/> 予定確認	<input type="checkbox"/> 外出	<input type="checkbox"/> 余暇	<input type="checkbox"/> リハビリ
<input type="checkbox"/> 行政手続き	<input type="checkbox"/> 通院付添い	<input type="checkbox"/> その他(_____)				

グループホームへの要望や知っておいてほしいことなどございましたら、ご記入ください

【送付先】 メールの場合： info@aoifukushi.jp FAXの場合： 03-3917-3343

郵送の場合： 〒 114-0024 東京都北区西ヶ原3-53-14

※添付書類： ①受給者証 ②障害者手帳(又は医師の診断書) ③健康保険証 ④自立支援医療証 ⑤お薬手帳のコピー



入居申込み時の必要書類一覧表

(提出必要書類がお揃いか、今一度、ご確認願います。)



No.	必要書類	備考	確認欄
1	入居申込書	当法人ホームページよりダウンロードいただけます。	
2	障害福祉サービス受給者証の写し	未申請または申請中の方は不要です。	
3	障害者手帳の写し (または医師の診断書の写し)	・療育手帳(愛の手帳等) ・身体障害者手帳 ・精神障害者保健福祉手帳 をお持ちの方はご提出ください。	
4	健康保険証の写し	お持ちの方のみ。	
5	自立支援医療受給者証の写し	お持ちの方のみ。	
6	お薬手帳の写し	お薬を処方されている場合には、ご提出ください。	

※上記以外にも必要書類のご提出をお願いする場合がございます。ご了承願います。