

医療法人 杏林会 高知ハーモニーホスピタル
指定共同生活援助事業所 グループホーム 「はるかぜ」・「ユリの木」

責任者	管理者	サービス 管理責任者	GH入居可否
			可・否

入居申込書

はるかぜ・ユリの木 管理者 殿

次の通り申し込みます。

申 込 者	氏名	本人・家族(続柄)
	住所	
	電話番号()	-

入 居 者	フリガナ	生年月日		
	氏名	男・女	M・T・S・H	
	現住所 〒	-	年	月 日 (歳)
		電話番号() -		
障害の種類	1. 精神保健福祉手帳 (級) 2. 療育手帳 (A1・A2・B1・B2 判定)			
障害支援区分 認定の有無	1. あり (区分: 非該当・1・2・3・4・5・6) 2. なし 3. 申請中			
認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
家 族 の 状 況	氏名	続柄	年齢	住所
本 人 の 状 況	<input type="checkbox"/> 在宅生活中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> その他()			
	病院・施設名	名称 : 電話 : () 主治医名 :		
	医療機関受診状況	月・週 回 (通院・往診)		
	特定相談支援事業所	事業所名 : 電話 : () 担当者名 :		
	日中活動	1. デイケア 事業所名: 2. 就労関係事業所(回/週) 事業所名 : 3. 現在は活動していない 4. その他()		
該当するものを○で囲んでください。				
移動	自立・見守り・一部介助・全介助 独歩・杖歩行・歩行器使用・車いす・その他()			
食事	自立・見守り・一部介助・全介助 (胃ろう・経管栄養) 主食(常食・粥) 副食(常菜・きざみ・ミキサー)			
排泄	自立・見守り・一部介助・全介助			
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助			
金銭管理	自立・一部管理必要・全て管理必要・その他()			

※裏面もご記入ください

※ご入居に際してご希望などございましたら、ご記入ください。

収入状況	1. 障害年金(年間支給額 円) 2. 親族等からの仕送り(円)		
	3. 工賃収入(円) 4. その他()		
健康保険	被用者(本人)・被用者(家族)・国民健康保険・生活保護(係担当)		
身元引受人 兼 残置物引受人	続柄	住所	連絡先
氏名			自宅
			職場
生年月日			携帯
年 月 日(歳)			その他
連帯保証人	続柄	住所	連絡先
氏名			自宅
			職場
生年月日			携帯
年 月 日(歳)			その他

誓約・同意欄

- ① パンフレット等の内容を理解したうえ、本入居申込書の記載内容が事実と相違するとき、入居者、申込者本人、身元引受人・保証人もしくは親族(内縁関係及び婚約者を含む)が暴力団、暴力団関係企業、総会屋若しくはこれらに準ずる者又は、その構成員及び暴力団密接関係者である場合は、申込が無効となる事に異議のない事を誓約します。
- ② この申込書が、事実と相違したり入居不適合と判断された場合には、申込を取り消されても異議のない事を誓約いたします。本入居申込書及び関係書類などにおける個人情報を、医療法人杏林会高知ハーモニーホスピタルへ情報提供することに同意します。

_____年 月 日 _____氏名 (印)

※1 添付書類:受給者証の写し(障害支援区分がわかるもの)

※2 本入居申込書の提出をもって入居が決定するものではありません。後日、入居判定会などを行い決定致します。

※3 本入居申込書及び関係書類等お預かりした個人情報は、グループホーム「はるかぜ・ユリの木」の入居審査に関する事項に利用し、適切に管理致します。

管理者	受付者