

# 体験利用申込書

責任者	管理者	サービス 管理責任者	GH体験可否
			可・否

はるかぜ・ユリの木 管理者 殿

次の通り申し込みます。

体験利用日
年 月 日 ~ 年 月 日

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	M・T・S・H 年 月 日 ( 歳)
	現住所 〒 -	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

※ご利用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、体験利用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、事実と相違したり体験利用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 体験利用料：1日 円1,000 (税込) 内訳:寝具代・光熱費

管理者	受付者