

記入者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____
 (申込者との関係 _____)

施設利用(生活介護・グループホーム)共通申込書

希望する施設利用サービスに○を付けてください

申込書	氏名		性別	男・女	(生年月日) 昭和・平成	年	月	日(歳)	
	住所	〒							
	TEL								
	手帳	(該当するところを○でかこんでください。)							
		療育手帳	A	B					
		身体障害者福祉手帳(級)	1	2	3	4	5	6	7
	精神障害者保健福祉手帳(級)	1	2	3					
障害名									
生活介護利用希望日			月・火・水・木・金・土			送迎	要・不要		
障害福祉サービス受給者証	番号	新潟県 市町村 第 号							
	障害支援区分	区分 1 2 3 4 5 6 区分なし (該当するところに○をつけてください)							
	認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日							
相談支援事業所	事業所名								
	担当者名								
	連絡先	TEL				FAX			
現在利用中のサービス等									
施設申し込みの理由									
現在受給している手当・年金など									
医療保険障害医療	種別: 障害医療:								
医療機関の受診状況	病院名		病院名			病院名			
	科目		科目			科目			
	医師名		医師名			医師名			
緊急連絡先	氏名	続柄	TEL			住所			
	氏名	続柄	TEL			住所			
	氏名	続柄	TEL			住所			
添付書類	生活・介護状況調書(別紙) 健康診断書(GH利用希望の方のみ・別紙)								

現在の状態や、配慮してほしいことを記入してください

食事	食事形態	主食	
		副食	
	水分		
	好きなもの		
	嫌いなもの		
	禁食やアレルギー		
その他			
衛生 清潔	歯の状態		
	歯磨き		
	洗顔 整髪		
	整理 整頓		
入浴	洗体 洗髪		
	その他		
着脱			
睡眠			
排泄	排尿		
	排便		
移動 移乗	歩行や移動方法		
	移乗		

コミュニケーション	意思疎通	
	言葉の理解	
	文字の理解	
	電話の使用	
	対人関係	
趣味 特技		
苦手なこと		
こだわり		
感覚過敏		
服薬内容		
服薬状況		
皮膚疾患		
通院状況		
金銭管理		
その他		

2021年1月25日

利用申込書について

- ◎利用申込書は生活介護・グループホーム共通です。ご希望される施設を○で囲んでください。
- ◎利用申込書の他、生活支援状況書もご記載下さい。
- ◎生活介護ご希望の方は、利用希望日・送迎の要不要をご記載下さい。
- ◎グループホームご希望の方は、健康診断書の添付をお願いします。
(生活介護ご希望の方は不要です。)
- ◎利用申込書・添付書類をご用意頂き、下記お問い合わせ先まで、お送り下さい。
申し込みの期限は、ありません。なお、頂いた個人情報につきましては厳重に取り扱い、施設利用に関する業務のみに使用させていただきます。
- ◎2月1日・2日の利用説明会開催後、お届け頂いた申込書を基に、順次ご連絡させていただきます、ご本人・ご家族・支援者の方々等への聴き取りを行います。
- ◎グループホームにつきましては、聴き取り後に当法人の利用判定会議にて協議を行い、利用可否のご連絡をさせていただきます。
- ◎その他、ご不明な点がありましたら、下記までお気軽にお問い合わせ下さい。

【お問い合わせ先】

〒942-0241

新潟県上越市大字上吉野 1912 番地 1

社会福祉法人 上越あたご福祉会

特別養護老人ホーム 上吉野愛宕の園内

障がい開設準備室 室長 高野 黄治

TEL: 025-539-1855

FAX: 025-539-1856

Email: kouji.takano@joetsu-atago.or.jp