

(番号)

令和 年 月 日

調布市社会福祉事業団新規グループホーム申込書

利用者 居住地

氏 名

利用者と重複する場合は省略ください

届出者 居住地

氏 名

利用者との関係

		電 話				
		氏 名	続 柄	生 年 月 日	年 齢	職 業
家族の状況 (本人含む)						

備考

裏面へお進みください

※教育・施設・医療機関等の情報は、「i-ファイル」で代用いただけます。

教育歴

{ } 小学校 (普 ・ 特 ・ 養)
{ } 中学校 (普 ・ 特 ・ 養)
{ } 高校 (普 ・ 特 ・ 養)
{ }

施設歴

現在の通所・就労先 { } 年～ 現在

就労移行 ・ 就労継続A ・ 就労継続B ・ 生活介護

その他自立支援法サービス()

過去の通所・就労先 { } 年～ 年
{ } 年～ 年
{ } 年～ 年
その他 { } 年～ 年

入院歴 医療機関名 { } 年～ 年
通院歴 診断名 { }
医療機関名 { } 年～ 年
診断名 { }
医療機関名 { } 年～ 年
診断名 { }

愛の手帳 { 有 度 ・ 無 } 障害支援区分 区分()
身障手帳 { 有 度 ・ 無 }

経済状況

利用料 負担上限月額 円

障害基礎年金受給 (無 ・ 有 級)

1ヶ月の工賃 約 円

健康状態 現在留意しなければならない点(発作等)

{ }

ご本人の様子等について作業所等からの情報提供に 同意する ・ 同意できない