

伊方町障がい者グループホーム入居希望申込書

令和 年 月 日

伊方町長 様

申込者 _____

ご家族または後見人名 _____

伊方町障がい者グループホームに入居したいので、以下のとおり申込みます。

住所	〒
(ふりがな) お名前	
生年月日・年齢・性別	年 月 日 (歳) 男 ・ 女
電話番号 (本人)	電話： 携帯：
緊急連絡先	氏名 続柄 ()
	住所
	電話： 携帯：
・通所先または通勤先 ・関係機関 (相談支援事業所等)	事業所名：
	住 所：
	電話番号：
	関係機関：
障害等の名称	
障害の手帳	手帳名 級
障害年金	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (級)
障害支援区分	<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"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
お薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
介護保険サービスの利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
お酒	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む
タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う

裏面もございます。

入居希望理由	
入居後の目標	

家族構成

氏名（ふりがな）	年齢	続柄	住所（別居の場合ご記入下さい）

要望や知っておいてほしいこと等	
-----------------	--

○ご記入ありがとうございました。

提出につきましては郵送、持参、FAXまたはメールにてお願い致します。

提出先：〒796-0421 愛媛県西宇和郡伊方町九町6番耕地840番地1

社会福祉法人伊方福社会 障害福祉サービス事業所ワークいかた

電話：0894-39-1010

FAX：0894-39-1060

メール：work-ikata01@me.pikara.ne.jp