グループホーム入居に伴う体験入居希望申込書

フリガナ 氏名（ご本人）	
住所	〒　　ー
電話番号	（　　）　　ー
FAX番号	（　　）　　ー
障害支援区分 （〇を付けてください）	非該当 ・ 区分 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ・ ６
同居の家族　（主たる介護者に〇を付けてください）	
氏名：　　歳　氏名：　　歳	
氏名：　　歳　氏名：　　歳	
パニック・他害行為について （〇を付けてください）	有　（頻度及び回数　毎日 ・ 週　回 ・ 月　・ 無 その他（　　）
日中の活動場所 もしくはお勤め先	
入居希望理由	
日常生活上で介護や人的支援を要することを出来るだけ詳しく記載してください	医療的ケア　有 ・ 無　車いす利用　有 ・ 無

あかつき福祉会記入欄　申し込み受付日：2020年　月　日（　）