

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)			
生年月日	年	月	日
住所	〒	—	
電話番号	( )	—	
FAX番号	( )	—	
障害支援区分 (○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○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 (○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:2021年 月 日( )			