体験利用申込書

年　　月　　日

グループホームみやび管理者　様

申込者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

共同生活援助の体験利用を下記のとおり申し込みます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | | 住所 | | |  | | | | | | 電話  番号 | | | |  | | | 性別 | 男・女 |
| 氏名 | | |  | | | | | | 生年  月日 | | | | 昭和・平成　　　年　　月　　日  　　（　　歳） | | | | |
| 体験希望日 | | | | | | 年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | |
| 区分認定 | | | | | | 区分なし　区分1　区分2　区分3　区分4　区分5　区分6　申請中　未申請 | | | | | | | | | | | | | |
| 日中活動 | | 通所  施設 | | 施設名 | | | |  | | | | | | 利用サ  ービス | | |  | | |
| 住　所 | | | |  | | | | | | 電　話  番　号 | | |  | | |
| 勤務  先 | | 事業所名 | | | |  | | | | | | 職種 | | |  | | |
| 住　所 | | | |  | | | | | | 電　話  番　号 | | |  | | |
| 未定 | | 探している　　入居にあわせて探す | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現況 | | | 単身　家族と同居　施設入所　入院中　その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活状況 | | | 1 自立　　2 おおむね自立（具体的状況：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  3 一部介助（具体的状況：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害状況 | | | 身体　知的　精神　発達　難病　その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病名 | | | |  | | | | | | 医療機関 | | |  | | | |
| 世帯状況 | 氏　　名 | | | | | | | | 続　柄 | 年　齢 | | 勤務先等 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  |  | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  |  | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  |  | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  |  | |  | | | | | | | |
| 貴施設の体験利用にあたり、体験利用中の自損行為等による過失（施設側による過失を除く。）に  ついては、一切の異議を申し立てないことを誓約いたします。  　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名 ㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |