

障害者グループホーム南青山（知的障害者）利用申請者調書

氏名				生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別： 歳
住所	港区			電話番号	()				
愛の手帳	1・2・3・4 度			障害支援 区分	区分 1・2・3・4・5・6・非該当				
身体障害 者手帳	種 級			障 害 名					
精神障害者 保健福祉手帳	1・2・3 級			診 断 名					
障害年金	☐ 1 級 ☐ 2 級 ☐ 3 級 ☐ 申請中			月収(※)	金 円				
心身障害者 福祉手当額	☐ 金 15,500 円/月 ☐ 金 7,750 円/月			※月収には、障害年金、福祉手当その他の金銭的な給付を含みます。 ※数か月ごとに支給される収入の場合は、平均月収を記載してください。					
特別障害 者手当等	☐ 受給している ☐ 受給していない								
生活保護	☐ 受給している ☐ 受給していない								
保 護 者 (支援者)			続 柄 関 係		住 所 連絡先	☐ 申請者と同じ			
家 族	氏名	同居 別居	続柄	生年 月日	職業	住所		備考	
		同居 別居							
		同居 別居							
		同居 別居							
		同居 別居							
	成年後見制度		☐ 利用している ☐ 利用していない						
家族 の 状況	ご家族の方が次の状況に該当する場合は□にチェック印をつけてください。								
	☐ 愛の手帳を所持している				(☐ 父・ ☐ 母・ ☐ 兄弟姉妹・ ☐ 親族・ ☐ その他 ())				
	☐ 身体障害者手帳を所持している				(☐ 父・ ☐ 母・ ☐ 兄弟姉妹・ ☐ 親族・ ☐ その他 ())				
	☐ 精神障害者保健福祉手帳を所持している				(☐ 父・ ☐ 母・ ☐ 兄弟姉妹・ ☐ 親族・ ☐ その他 ())				
	☐ 要介護認定されている				(☐ 父・ ☐ 母・ ☐ 兄弟姉妹・ ☐ 親族・ ☐ その他 ())				
	☐ 要支援設定されている				(☐ 父・ ☐ 母・ ☐ 兄弟姉妹・ ☐ 親族・ ☐ その他 ())				
	☐ 3か月以上引き続いて入院治療をしている				(☐ 父・ ☐ 母・ ☐ 兄弟姉妹・ ☐ 親族・ ☐ その他 ())				
【その他特記事項】									

介護者	☐ あり (☐ 同居家族：) (☐ 非同居家族、ヘルパー等支援者：) ☐ なし			
生 育 歴 等	身体状況	身長 (c m)	体重 (kg)	
	出生状況			
	障害の原因の診断の経緯			
	通 学 歴			
	施設（通所・入所）歴			
医 療	病名（主たる疾患）			
	病院名・主治医			
	投薬の種類・投薬方法			
	その他既往症			
性格	長所・短所など			
本人の 希望	入居の意向、入居後の生活の希望など			
趣味	スマートフォン・タブレット・インターネット・テレビ・音楽・読書・映画・買い物など			
職 歴	期 間	内 容		
就 労	職業経験	☐ 不明 ・ ☐ なし ・ ☐ あり	就労希望	☐ 不明 ・ ☐ なし ・ ☐ あり
日 中 活 動 通 勤 所	通 所 先 (通 勤 先)		所 在 地	
	連 絡 先	電話 ()	通所(勤)先 までの時間	時間 分
	通所(勤)先 事業内容		通(勤)所 方 法	
	特記事項			