

入居申込書

令和 年 月 日

次のとおり、共同生活援助わらくの家 入居を申請します。

利用者	ふりがな		男・女	昭和・平成・令和	
	氏名			年 月 日	(歳)
	住所			連絡先	
	障がい程度区分：なし・1・2・3・4・5・6		相談支援事業所 担当者名		
	緊急 連絡先①	氏名：			続柄：
		住所：			
		連絡先：			
	緊急 連絡先②	氏名：			続柄：
		住所：			
		連絡先：			
医療機関情報	病院名：		診断名：		
	主治医：		通院回数：		
	現在の処方：		対応の留意点（主治医より）		
	入居について主治医の了解 可・不可				

・入居実施の為に必要がある時は、弊社グループホームスタッフが関係機関に申請内容等の確認を取ることを同意します。

・入居決定の際は、申請情報の内容を必要に応じて関係機関等に提供することを同意します。

☆記載の際は、相談員、ケースワーカーと内容確認の上ご記入ください。

☆本申請書は必要に応じてコピーしてご使用ください。※弊社事業所の入居申請のみ。

記入者：

申請者：

印

※記入後は共同生活援助わらくの家 担当者に提出するかFAXにて送って下さ

い。お問い合わせ/株式会社笑楽 送信先：（電話058-213-3836 FAX058-213-3837）担当：藤田

みほん

入居申込書

申請月日



令和 年 月 日

次のとおり、共同生活援助わらくの家 入居を申請します。

利用者	ふりがな	さと はなこ	男・女	昭和	平成・令和
	氏名			50年	1月
	住所	岐阜市字〇〇1番地1-1		連絡先	090-0000-0000
	障がい程度区分	なし・1・2・3・4・5・6	相談支援事業所 担当者名	〇〇相談支援事業所 担当：〇〇相談員	
	緊急 連絡先①	氏名	一男	続柄：父	
		住所	岐阜市〇〇1番地1-0		
		連絡先	090-0000-0001		
	緊急 連絡先②	氏名	二郎	続柄：兄	
		住所	岐阜市〇〇1番地 アパート101号室		
		連絡先	080-0000-0000		
医療機関情報	病院名	〇〇病院 / 〇〇クリニック	診断名：例) 統合失調症		
	主治医	Dr.ドクター	通院回数：月1回		
	現在の処方	・今服薬している、処方されているお薬の名前を記入。(おくすり手帳やお薬の説明書などがあればコピーを取らせて下さい。)	対応の留意点(主治医より) ・グループホーム利用について特に注意すべき点があれば主治医に確認してください。		
	入居について主治医の了解 <input checked="" type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 不可				

・入居実施の為に必要がある時は、弊社グループホームスタッフが関係機関に申請内容等の確認を取ることを同意します。

・入居決定の際は、申請情報の内容を必要に応じて関係機関等に提供することを同意します。

☆記載の際は、相談員、ケースワーカーと内容確認の上ご記入ください。

☆本申請書は必要に応じてコピーしてご使用ください。※弊社事業所の入居申請のみ。

記入者：

申請者：

印

FAX

058-213-3836 FAX058-213-3837