

日中サービス支援型共同生活援助 3GIFT Living 入居申込書

入居確定日	令和 年 月 日
室番号	号室
入居予定日	令和 年 月 日
申込受付日時・者	令和 年 月 日 時 分頃()

太枠の中をご記入ください

		申込年月日	令和 年 月 日
ご入居者 ご本人	フリガナ	性別	
	ご氏名	男性 ・ 女性	
	生年月日	昭 ・ 平 年 月 日 (歳)	
	現住所	(〒 -)	
	ご連絡先	固定電話	
		携帯電話	
ご家族	フリガナ	続柄	
	ご氏名		
	生年月日	昭 ・ 平 年 月 日 (歳)	
	ご住所	(〒 -)	
	ご連絡先	固定電話	
		携帯電話	
希望居室番号		() 号室 ・ 空き次第どこでもよい	

※裏面をご記入ください

※男性入居者は2階

居室番号 201、202、203、204、205、206、207、208、209、210

※女性入居者は3階

居室番号 301、302、303、304、305、306、307、308、309、310

入居希望者について、わかる範囲でお聞かせください。

入居者ご氏名：

認定	申込日現在の障害支援区分			1・2・3・4・5・6・不明
状況	変更申請中・認定申請中・認定を受ける予定・認定を受けていない			
世帯状況	<input type="checkbox"/> 同居家族あり <input type="checkbox"/> 同居家族なし(一人暮らし又は入居系事業所)			
収入状況 該当箇所に ☑して下さい	<input type="checkbox"/> ①障害基礎年金(1級・2級)を受給している <input type="checkbox"/> ②障害厚生年金(1級・2級・3級)受給している <input type="checkbox"/> ③年金を受給していない <input type="checkbox"/> ④就労継続支援B型等訓練系施設からの収入がある。 <input type="checkbox"/> ⑤その他の収入がある() <input type="checkbox"/> ⑥収入はない。			
収入額	上記で収入がある方はご記入ください。			
	収入先	金額	備考	
	合計			
障害手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害(1・2・3・4・5・6)、 <input type="checkbox"/> 知的障害(A1・A2・B1・B2) <input type="checkbox"/> 精神障害(1・2・3)			
利用料金支払について	<input type="checkbox"/> 全額本人負担、 <input type="checkbox"/> 一部家族負担、 <input type="checkbox"/> 全額家族負担、 <input type="checkbox"/> 生活保護			
担当相談支援専門員	事業所名			
	担当者名			
	連絡先			
入居希望日	<input type="checkbox"/> 令和3年4月から入居を希望 <input type="checkbox"/> 今すぐでない(希望年月)			

(個人情報の取扱いについて)

ご記入いただきます個人情報につきましては、当事業所へ入居する目的以外には使用いたしません。