

横浜市障害者支援施設 入所申込書

申込日 年 月 日

記入者 住所

氏名 (本人との関係)

市内障害者支援施設への入所を（新規に・継続して）申し込みます。
また、市内障害者支援施設の入所調整を行うために必要な範囲で、入所申込みを行う施設に横浜市が保有している個人情報を提供することに同意します。

1 入所を申し込む者

フリガナ		性別	生年月日(年齢)	受給者証番号
氏名		男 女	昭和・平成・令和 年 月 日生(歳)	
現在の居 所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> グループホーム() <input type="checkbox"/> 医療機関() <input type="checkbox"/> 施設() <input type="checkbox"/> その他()			

2 入所の申込みを行う理由

(1) 入所の申込みを行う理由(複数選択可)

- ア 介護者がいない。
イ 介護者が(高齢・障害・病気・就労)のため、介護が困難である。
ウ 本人の障害状況から自宅での生活が困難である。
エ グループホームを利用するまでなど、一定期間、入所により訓練を受ける必要がある。
オ 他の施設に入所しているが、横浜市内入所施設に変わる必要が生じた。
カ その他()

(2) 入所希望施設(5か所まで) ※見学・相談及び短期入所の利用があれば

入所希望施設名			
	<input type="checkbox"/> 見学・相談 <input type="checkbox"/> 短期入所利用	<input type="checkbox"/> 見学・相談 <input type="checkbox"/> 短期入所利用	<input type="checkbox"/> 見学・相談 <input type="checkbox"/> 短期入所利用
<input type="checkbox"/> 見学・相談 <input type="checkbox"/> 短期入所利用	<input type="checkbox"/> 見学・相談 <input type="checkbox"/> 短期入所利用	<input type="checkbox"/> 見学・相談 <input type="checkbox"/> 短期入所利用	<input type="checkbox"/> 見学・相談 <input type="checkbox"/> 短期入所利用

以下は、相談支援専門員が記入した上で、申込書を区役所へご提出下さい。

相談支援 専門員	氏名		事業所名	
	連絡先	()		
同意欄(チェック欄)	<input type="checkbox"/> 入所申込みを行う施設に、基礎調査資料及びサービス等利用計画案を提供することに同意します。			

※区役所確認欄

受領年月日	年 月 日	確認者	
-------	-------	-----	--