

きたまちハウス「チャレンジ自立生活事業」希望申込書

受付番号:

平成 年 月 日

社会福祉法人武蔵野 理事長 安藤 真洋 殿

利用希望者氏名 _____ (印)

居住支援ユニットリエゾンが運営する「きたまちハウス チャレンジ自立生活事業」の利用を希望します。

障害者支援施設「わくらす武蔵野(入所)」または居住支援ユニットリエゾン「障害者グループホーム」へのお申し込みをされた方で、申込時資料(申込書類や調書等)の情報共有に同意される方は、水色の部分のみ記入してください。

氏名	
生年月日・年齢	年 月 日 (歳) (男 ・ 女)
住所	武蔵野市
連絡先	固定電話 0422() 携帯電話 ()
通勤・通所先	名称:
	住所:
障害支援区分	未 1 2 3 4 5 6 (該当に○をつけてください)
愛の手帳	1度 2度 3度 4度 (該当に○をつけてください)
心身障害者医療費助成制度	(障) の (対象になっている ・ 対象になっていない)
生活の様子	<p><健康状態、その他配慮すべきことがあればお書きください。> ※定期通院先がある場合には、通院先の病院名と通院の理由をお書きください。 ※定時服薬がある場合は、薬局で渡された「服薬の説明書」を添付してください。</p>
	<p><洗面・入浴・トイレなど日常生活の様子必要な支援をお書きください。></p> <ul style="list-style-type: none"> ●洗面、整容 ●入浴 ●排泄 ●その他、必要な配慮事項(共同生活をする上で心配なこと)

生活の様子	<p><食事生活や食事介助について、必要な支援をお書きください。></p> <p>(食物アレルギーはありますか? ○をつけてください 有り 無し)</p> <p>(「有り」に○をつけた方にお聞きします。) アレルギー症状の原因となる食材は何ですか?</p>
	<p><室内での移動等、身体介護面で必要な支援をお書きください。></p>
	<p><コミュニケーション(ご自分の気持ち、要求等をどのようにして伝えていますか?)></p>
	<p><ご家庭での過ごし方></p> <ul style="list-style-type: none"> ●起床から通所するまで ●帰宅から夕食まで ●食後から就寝まで
	<p>●就寝について (寝つくまでの様子、どなたと一緒に眠られているか、あるいは必要な支援についてお書きください)</p> <p>(時刻をお書きください。 就寝 時頃、起床 時頃)</p>
<p>同居家族の状況(関係・年齢をお書きください。)</p> <p>(記入例:①父55歳、②祖母80歳)</p>	

<p>申し込み手続きを行った方の氏名・住所・連絡先をご記入ください</p>	
<p>(氏名)</p>	<p>(ご本人との関係)</p>
<p>(住所) 武蔵野市</p>	<p>連絡先 ()</p>