入 所 待 機 申 請 書

令和　　年　　月　　日

障害者支援施設
コスモ・ヴィレッジ
施設長　塚本　大輔　様

申請者　　㊞
〒
住　所
電　話

このたび、貴施設への利用待機者として申請致します。

氏　　名 （ 本　人 ）		性　別	男 ・ 女
生 年 月 日	年　　月　　日　　（　　歳）		
住　　所	〒		TEL
身体障害者手帳	県 第　　号	種　　級	交付　　年　　月　　日
	障害名		
療 育 手 帳	＊有　（ A ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ）		＊無し
収入（年金受給等）	＊有　年金名等　（　　）		＊無し
生活保護の適用	＊有　（　　年　　月　　日開始・実施機関　　）		＊無し
健 康 保 険	＊国保　＊社保　＊共済　＊その他（　　）		
	名称（　　） 記号（　　） 番号（　　）		
老人医療の適用	＊有		＊無し
他施設申込状況	※入所の申込をしている他施設がございましたら連絡調整などの参考の為差支えない範囲でお願い致します		
保護者・代理人氏名		続　柄	
住　　所	〒		TEL
添付書類	＊身体障害者手帳の写し ＊その他（参考となる診断書やアセスメント等あればお願いします）		

現 況 調 査 書

令和　　年　　月　　日

氏　　名 （ 本　人 ）		身長　　cm	体重　　kg

	続柄	氏　　名	生 年 月 日	職　業	世帯(本人と)	健康状態
家族構成					同・別	
					同・別	
					同・別	
					同・別	
					同・別	

備　　考	
病歴	
服薬状況	＊有　お薬名:　　病院名: ＊無し
生活暦	
精神状況	＊安定している ＊不安定　状況 :
発作	＊有　状況:　　＊無し

日 常 生 活 動 作

項目	自立	一部介助	全介助	状　　況
移動	□	□	□	
移乗	□	□	□	
食事	□	□	□	
入浴	□	□	□	
衣類着脱	□	□	□	
排泄（尿）	□	□	□	
排泄（便）	□	□	□	
整容	□	□	□	
視力	□	□	□	
聴力	□	□	□	
言語	□	□	□	
コミュニケーション	□	□	□	
（その他）	□	□	□	