

大阪市福祉ホーム入居支援事業(他市町村設置分)利用申請書

年 月 日

大 阪 市 長 様

申請者	住 所	
	氏 名	
	利用者との続柄	☐ 本人 ☐ その他()

次のとおり大阪市福祉ホーム入居支援事業(他市町村設置分)を利用したいので申請します。

利用者について	氏 名					
	住 所	☐ 申請者と同じ ☐ その他: 区				
	生年月日	年 月 日(満 歳)		電 話	()	
	身体障がい者手帳	☐ あ り(障がいの程度: ☐ 1級 ☐ 2級 ☐ 3級 ☐ 4級 ☐ 5級 ☐ 6級) ☐ なし				
	療育手帳	☐ あ り(障がいの程度: ☐ A ☐ B1 ☐ B2) ☐ なし				
	精神障がい者 保健福祉手帳 または診断書	(精神障がい者保健福祉手帳) ☐ あ り(障がいの程度: ☐ 1級 ☐ 2級 ☐ 3級 ☐ その他) ☐ なし (診断書) ☐ あ り(病名:) ☐ なし				
	日中の 活動状況	(具体的に)				
	健康状態	ひきつけ	☐ な い ☐ 月に 回くらいある ☐ 毎日 回くらいある			
		発 熱	☐ めったにない ☐ 環境が変わると発熱しやすい ☐ よく発熱する			
		服 薬	☐ していない ☐ 時々服薬(状態: 薬品名:) ☐ 常時服薬(いつ: 薬品名:)			
		既往症				
	主治医	病院名			主治医	
所在地				電 話	()	
家族について	氏 名	年齢	続柄	連 絡 先	電 話	
				昼 間:	()	
				夜・朝:	()	
				昼 間:	()	
				夜・朝:	()	