

単身者入居に関する自活状況申立書

令和 年 月 日

大阪市長様

住所

氏名

電話番号

()

下記申し立てのとおり相違ありません。

また、単身入居の入居者資格の認定及び市営住宅の管理に際し、本申立書及び面接等の調査で知った事項について、必要のある場合は、大阪市福祉局、各住宅管理センター、時間外緊急連絡センター等に情報を提供すること、また、障がいのある状況等について、関係機関より情報提供を受けることに同意します。

1. 現在の生活環境

① 現在のおすまいは	<input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 施設・病院 <input type="checkbox"/> その他 ()
② 住んでいる住宅の階層は	<input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> 3階以上
③ 同居している人は	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる
④ 施設・病院等(におすまいの方のみ)の名称は	
⑤ 施設・病院等(におすまいの方のみ)の種類は	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 障がい者療護施設 <input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> その他 ()
⑥ 市営住宅への入居希望理由は	<input type="checkbox"/> 家賃が安い <input type="checkbox"/> 親戚が近い <input type="checkbox"/> 立退き <input type="checkbox"/> 民間住宅を断られた <input type="checkbox"/> その他 ()

2. 現在の生活状況

① 心身の障がいの状態について	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	身体障がい () 級程度 精神障がい () 級程度 知的障がい () 程度
② 補装具を使用していますか	<input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 使用している	使用していればその装具は <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()
③ 薬をのんでいますか	<input type="checkbox"/> のんでいない <input type="checkbox"/> のんでいる	
④ 薬をのむ回数は	毎日() 回 <input type="checkbox"/> その他 ()	
⑤ 通院・通所していますか	<input type="checkbox"/> 通っている <input type="checkbox"/> 通っていない	
⑥ 通院・通所先は		
⑦ 通院・通所の回数は	毎日 <input type="checkbox"/> 週() 回 <input type="checkbox"/> 月() 回 <input type="checkbox"/> その他 ()	

※ うら面も必ずご記入ください。

⑧ 介護(介助・支援)を受けていますか	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている
⑨ 介護(介助・支援)先は	
⑩ 介護(介助・支援)の回数は	<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 毎日(<input type="text"/> 回) <input type="checkbox"/> 週(<input type="text"/> 回) <input type="checkbox"/> 月(<input type="text"/> 回)
⑪ 毎日の身の廻りのことについて どうしていますか	<input type="checkbox"/> 自分で している <input type="checkbox"/> 同居人にして もらっている <input type="checkbox"/> それ以外の者に してもらっている
⑫ 買物等外出する用事は どうしていますか	<input type="checkbox"/> 自分で している <input type="checkbox"/> 同居人にして もらっている <input type="checkbox"/> それ以外の者に してもらっている
⑬ 持病はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
⑭ 急に持病が出たときは誰が 対応していますか	<input type="checkbox"/> 自分で何と かしている <input type="checkbox"/> 同居人にして もらっている <input type="checkbox"/> それ以外の者に してもらっている <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>)
⑮ 急に持病が出たときは どうしていますか	<input type="checkbox"/> 安静に する <input type="checkbox"/> 薬を のむ <input type="checkbox"/> 助けを 呼ぶ <input type="checkbox"/> 何も しない <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>)

3. 市営住宅に入居した場合の生活状況

区 分	必要	不必要	援助頻度・援助団体(者)名 (※未定の場合は「未定」とご記入ください。)
① 住居の出入に援助は必要ですか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
② トイレに援助は必要ですか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
③ 食事に援助は必要ですか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
④ お風呂に援助は必要ですか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
⑤ 家事に援助は必要ですか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
⑥ 見守りは必要ですか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
⑦ 相談は必要ですか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

4. その他

急な持病や介護について、知らせておきたい内容があれば具体的にご記入下さい。