様式第１１号（第１３条関係）

入居者名簿

年　　月　　日

（宛先）大東市長

（届出者）所在地

名　　称

代表者名

　グループホームの入居者について、下記のとおり確定しましたので届け出ます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 | 生年月日 | 住　　所 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |
| ６ |  |  |  |
| ７ |  |  |  |
| ８ |  |  |  |
| ９ |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

※個人についての詳細は、別紙に記載すること。

別紙

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | | |
| 氏　名 |  | | | |
| 身体障害者  手帳番号 |  | | 療育手帳  番　　　号 |  | | | 精神保健福  祉手帳番号 | |  |
| 等　級 | 級 | | 程　度 | Ａ・Ｂ１・Ｂ２ | | | 等　級 | | 級 |
| 障害支援区分 | 有・無 | 区分　１・２・３・４・５・６ | | | | 期限 | |  | |
| ＧＨ・ＣＨへ入居を検討する理由  （緊急性の有無等） | |  | | | | | | | |
| 特筆すべき固有の障害  （高次脳機能障害・行動障害等） | |  | | | | | | | |
| 現在の生活基盤の状況  （居住形態や介護者の状況について） | |  | | | | | | | |
| その他 | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | | |
| 氏　名 |  | | | |
| 身体障害者  手帳番号 |  | | 療育手帳  番　　　号 |  | | | 精神保健福  祉手帳番号 | |  |
| 等　級 | 級 | | 程　度 | Ａ・Ｂ１・Ｂ２ | | | 等　級 | | 級 |
| 障害支援区分 | 有・無 | 区分　１・２・３・４・５・６ | | | | 期限 | |  | |
| ＧＨ・ＣＨへ入居を検討する理由  （緊急性の有無等） | |  | | | | | | | |
| 特筆すべき固有の障害  （高次脳機能障害・行動障害等） | |  | | | | | | | |
| 現在の生活基盤の状況  （居住形態や介護者の状況について） | |  | | | | | | | |
| その他 | |  | | | | | | | |

必要に応じ人数分を複写して作成すること。