（別記様式１）

自 活 状 況 申 立 書

《該当するものにマル印を付け、または記入欄に記入してください。》

ふりがな 氏　　名	生年月日　　年　　月　　日（　　歳）	
現 住 所		電話番号

１．現在の生活状況

⑴現在の住宅環境	持家・借家・施設・病院 その他（具体的に）（　　）	
	平屋建て・２階建・３階以上	
⑵エレベータの有無	有　　・　　無	
⑶現在同居している人	有　　・　　無	
⑷現在の住まいから県営住宅への移転を希望する理由をご記入下さい	理　由	
⑸施設・病院等を利用しておられる場合は名称をご記入ください また、施設・病院等の種類に〇をしてください	名　称：	
	連絡先：	
	①介護老人保健施設　　③病院・診療所 ②身体障害者療護施設　　④その他	

２．身体状況

⑴かかりつけ医院はありますか ある　　・　　ない	「ある」場合のみご記入ください 病院名： 病　名：
⑵介助や介護を必要としますか 必要とする　　・　　必要としない	「必要とする」場合のみ、現在利用していることがあれば内容・頻度をご記入ください （例：ヘルパー週２回利用等）
⑶障害はありますか ある　　・　　ない	「ある」場合のみご記入ください 障害名： 「補装具」を使用している方は、ご記入ください 補装具名： 等　　級：身体　　級 精神　　級 知的　　級
⑷介護保険の認定を受けていますか 受けている　・　受けていない	「受けている」場合のみ認定内容に〇をしてください ①　要支援〔１・２〕 ②　要介護〔１・２・３・４・５〕
⑸あなたを支援してくれている人（ケアマネージャーや支援相談員等）がいればご記入ください	担 当 者： 事業所名： 電話番号：

３．県営住宅に入居後の日常生活

どちらかを選択してください	「できない」を選択した方はご記入ください
⑴居宅内の移動は自分で できる　・　できない	補う方法
⑵食事は自分で食べることが できる　・　できない	補う方法
⑶食事の準備は自分で できる　・　できない	補う方法
⑷入浴は自分で できる　・　できない	補う方法
⑸着替えは自分で できる　・　できない	補う方法
⑹買い物は自分で できる　・　できない	補う方法
⑺洗濯掃除は自分で できる　・　できない	補う方法
⑻排泄は自分で できる　・　できない	補う方法

４．入居に際して何か知らせておきたいこと等ありましたらご記入ください。

（　　）

上記事実に相違ありません。
また、群馬県（群馬県住宅供給公社）が本申請書および面接等の調査で知った意見について、市町村（福祉主管部局）に情報提供することおよび市町村に意見を求めることに同意いたします。

年　　月　　日

群馬県知事　　あて
群馬県住宅供給公社　理事長　　あて

申込者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿