

# 令和 年度 社会福祉法人やまゆり福祉会八王子美山学園利用申込書

学園対応職員	<input type="checkbox"/> 施設長尾崎	<input type="checkbox"/> 課長山口
	<input type="checkbox"/> 課長補佐橋本	<input type="checkbox"/> 係長木崎
	<input type="checkbox"/> 係長笠谷	<input type="checkbox"/> 主任
	<input type="checkbox"/> 支援員氏名	

(記入方法) 申込を希望する場合は、各項目の申込有無欄に「○」印を付けるほか、必要事項を記入ください。

基本項目 (事務管理等)	項目	単位	単価	備考	日中活動外出	項目	申込有無	申し込み内容	備考
	給付費利用者負担額		受給者証記載				旅行		<input type="checkbox"/> 一泊 <input type="checkbox"/> 日帰り (一泊旅行が難しい場合日帰り)
食事の提供に要する費用	1日	1,403円			昼食外食				
居住に要する費用（光熱水費）	1ヶ月	10,000円			クリスマス会（費用4,500円程度）				
日用品	項目	単位	単価	備考	オプション外出	外出	<input type="checkbox"/> 夕食外食 (希望される方にチェック)	<input type="checkbox"/> 夕食外食+買物	<費用について> 実費のみをいただきます。 ※希望内容については可能な範囲での実施となります。
	預り金管理	1ヶ月	1,000円	※基本的に全員管理いたします。					
	入所と関わる行政等手続き代行		無料	※その都度申し込みください。					
	入所と関わらない手続き代行	1件	1,000円～						
	在園証明書等文書発行代	1枚	200円						
健康面	申込有無	申し込み内容			イベント企画	グループごとに希望を聞いて行先を決め実施	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない（参加が難しい）	<費用について> 実費のみをいただきます。 希望者は一人一つになります。
	被服費	<input type="checkbox"/> 個人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 学園			被服費：学園での希望は実費のみいただきます。		
	オムツ	<input type="checkbox"/> 個人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 学園					
	日用品	<input type="checkbox"/> 個人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 学園					
	①学園が準備した日用品ではなく本人希望の日用品がある場合								
	②一定量を超える日用品を使用する場合								
項目	申し込み内容			備考	項目	申し込み内容	単価	備考	
歯科往診の検診希望				※日常における体調不良時、定期通院に 関しては基本的に学園で実施させていただきます。（家族で可能であればお願いします）	理美容代（月1回来園あり）	2ヶ月に1回程度 毎月（可能な時）	1,800円		
恩方病院、指定病院、近隣病院 以外の病院を希望				更なる特別な検査等は基本的に家族でお願いします。	インフルエンザ予防接種		実費	※実施時書面にて御案内いたします。	
健康診断 オプション腫瘍マーカー（費用2,500円程度増）				※恩方病院、指定病院以外の病院を希望する場合は実費及び人件費1,500円／1時間をいただきます。	特別な食事（補助食等）		実費		
				※健康診断時、オプションの腫瘍マーカー検査後、更なる特別な検査等は家族でお願いします。	小遣いの毎月の金額	円			
					衣類、物品等の購入で1万円以上 になる場合、事前に家族への連絡 希望				
					旅行・イベント等の事前の連絡、 実施後の報告希望				
項目	申し込み内容			備考	その他申し込み内容				
歯科往診の検診希望				※日常における体調不良時、定期通院に 関しては基本的に学園で実施させていただきます。（家族で可能であればお願いします）	令和 年 月 日 以上申し込みます 令和 年 月 日 承諾しました				
恩方病院、指定病院、近隣病院 以外の病院を希望				更なる特別な検査等は基本的に家族でお願いします。	利用者 _____				
健康診断 オプション腫瘍マーカー（費用2,500円程度増）				※恩方病院、指定病院以外の病院を希望する場合は実費及び人件費1,500円／1時間をいただきます。	家族・後見人等名 _____ _____				
				※健康診断時、オプションの腫瘍マーカー検査後、更なる特別な検査等は家族でお願いします。	施設長 尾崎 正幸 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>				