

申 込 書

私(申込者)は、小規模多機能型居宅介護又は認知症対応型共同生活介護(グループホーム)の機能を十分に理解したうえで、下記の通りの利用を申し込みいたします。

申込年月日 平成 年 月 日

申込者 印

グループホーム(認知症対応型共同生活介護)

住 所

小規模多機能ホーム(小規模多機能型居宅介護)

電話番号 - -

ご利用者様	フリガナ氏名			生年月日	明・大・昭 年 月 日		
		(男・女)		生			
	住所	〒 -		電話番号	- -		
	介護保険	申請中					
		被保険者番号		保険者番号			
		要介護状態区分 (支援1 ・ 支援2 ・ 介護1 ・ 介護2 ・ 介護3 ・ 介護4 ・ 介護5)					
		交付年月日 年 月 日		認定年月日 年 月 日			
		有効期限: 年 月 日から 年 月 日まで					
	身体障害者手帳			精神障害者保健福祉手帳			
	無 ・ 有 (種 級)			無 ・ 有 (種 級)			
療養状況	<input type="checkbox"/> 入院中	(病院名: 年 月から)					
	<input type="checkbox"/> 入所中	(施設名: 年 月から)					
経済状況	家族の経済的援助 無 ・ 有		本人の収入 無 ・ 有 円/1ヶ月				
主介護者	フリガナ氏名			電話番号	自宅: - -		
		(続柄:)			その他: - -		
<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所 〒 -)							
同居の際の 家族構成	氏名	続柄	生年月日	職業			
			年 月 日	無 ・ 有 連絡先:			
			年 月 日	無 ・ 有 連絡先:			
			年 月 日	無 ・ 有 連絡先:			
			年 月 日	無 ・ 有 連絡先:			
緊急連絡先 1	フリガナ氏名			電話番号	自宅: - -		
		(続柄:)			その他: - -		
緊急連絡先 2	フリガナ氏名			電話番号	自宅: - -		
		(続柄:)			その他: - -		
居宅介護 支援事業所	無 ・ 有 事業所名:			担当ケアマネジャー名:			
申し込みの理由(困っていること、大変なことなどをご記入ください。)							

お問合せ先

グループホーム・小規模多機能ホームやかた
電話:0193-31-3301 FAX:0193-31-3302