

入 居 申 込 書

どちらかにチェック
してください。

グループホーム 淳厚苑

特定施設 蓉厚苑 殿

年 月 日

ふりがな		性別	生 年 月 日
氏 名		男・女	昭和 年 月 日 (歳)
現住所	郵便番号 〒	TEL	自宅 - - 携帯 - -
	介護保険証番号		
		要支援・介護度 1・2・3・4・5	
		認定期間 年 月 日～ 年 月 日	
担当の居宅介護支援事業所	事業所の名称		電話番号
			担当者氏名
利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/月) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/月) <input type="checkbox"/> その他()		
現況・医療の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている		
	<input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入所・入院中(施設・病院名) [現在治療中の傷病名・既往歴]		
他施設への申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他施設に申し込み中〔特養・老健・療養型・病院等〕(予定も含む) すでに申し込んでいるほかの施設名()() 今後申し込む予定の施設名()()		
主たる介護者(身元引き受け人)の状況	ふりがな	性別	生 年 月 日
	氏 名	男・女	年 月 日 (歳)
	住所	関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	自宅 - - 携帯 - -		<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()
家族等の状況	氏 名	続 柄	年 齢
入居順位決定に当たって特に配慮してほしい事項	※本人や介護者の状況で特に困っている点などをご記入ください。 〈記入出来ない場合、裏へ記入して下さい。〉		
<input type="checkbox"/> 関係書類(認知症診断書)を添付して申し込みます。(※グループホーム入所希望者のみ)			
申込者署名			