

入居申込書

お申込み日 令和 年 月 日

グループホーム 雫音

| | | | | | | | |
|----------------------------|---|---|---|-------|------------------|----|-----|
| ご 入 居 希 望 者 | ふりがな | | | | | 性別 | 男・女 |
| | お名前 | | | | | | |
| | 生年月日 | 大正・昭和 | 年 | 月 | 日 | 年齢 | 歳 |
| | 現住所 | 〒 - 電話番号 () - | | | | | |
| | 介護保険被保険者番号 | | | 要介護区分 | 支2・介1・2・3・4・5・変更 | | |
| | 入居希望理由 | | | | | | |
| | 現在の本人様の住まい | <input type="checkbox"/> 自宅(<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者と二人暮らし <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅以外(<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他) ◇施設名 ◇入居または入院期間 平成 年 月 日から入居・入院している。 | | | | | |
| | かかりつけの医療機関 | 病院名 | | | 主治医 | | |
| 申し込み状況 | <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、または、今後他の施設へも申し込む予定。 | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-------------|------|-----------------------|--|--|--|----|--|
| 申 込 者 | ふりがな | | | | | 続柄 | |
| | お名前 | | | | | | |
| | 現住所 | 〒 - 電話番号 () - | | | | | |

| | | | |
|------------|-----|--|--|
| 担当ケアマネージャー | | | |
| 事業所名 | | | |
| 連絡先電話番号 | () | | |

| | | | |
|-----|--|----|---------|
| 同意書 | 申込施設が担当介護支援専門員から必要な入居申込者等の状況・情報を受けることに同意します。 | | |
| | 令和 年 月 日 | 氏名 | 続柄() 印 |