

# 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						
	お名前				性別	男・女	
	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					
	お名前				続柄	
	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
-----	---