

グループホーム美川の郷 入所申込書

グループホーム 美川の郷
管 理 者 様

申込日 令和 年 月 日

| | | | | | | |
|--------|---|---------------------|-----------|-------------|-------|--|
| 入居希望者 | フリガナ | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 (歳) | 性別 | 男・女 | | |
| | 住 所 | 〒 | | | | |
| | 介護保険者番号 | 被保険者番号 | | | | |
| | 電話番号 | () | | | | |
| | 病院入院者 又は 施設入所者 | 病院又は施設名 | | | | |
| | 所在地 | 市町村 | 電話番号 | () | | |
| 身体状況 | 既往歴 | | | 通院中の 病院名 | | |
| | | | | 身体障害 者手帳 | 有 ・ 無 | |
| 要介護認定 | 要支援 2 ・ 介護度 1 ・ 介護度 2 ・ 介護度 3 ・ 介護度 4 ・ 介護度 5 | | | | | |
| | 認定期間 | H・R 年 月 日 ～ R 年 月 日 | | | | |
| | 申請中 ・ 未申請 | | | | | |
| 認知症自立度 | I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M | | | | | |
| ケアマネ | 居宅介護支援事業所名： | | 電話番号： () | | | |
| | 担当介護支援専門員名： | | | | | |
| 申込者 | フリガナ | | | | 続柄 | |
| | 氏 名 | | | | | |
| | 住 所 | 〒 | | | | |
| | 連絡先 | 自宅 | | | | |
| | 職場又は携帯等 | | | | | |

◎よろしければ、利用者の介護情報の貼付をお願いします。