

入居申込書

令和 年 月 日

フリガナ			生年月日	明・大・昭	年	月	日
ご入居者氏名			年齢	満	歳	性別	男・女
	〒 ー						
住所	電話：						
入居時期	<input type="checkbox"/> 即時 <input type="checkbox"/> 希望月あり（ R 年 月 頃） <input type="checkbox"/> 未定						
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅：（一人暮らし・ご夫婦で生活・家族と同居） <input type="checkbox"/> 入院中：病院名（ ） 病名（ ） <input type="checkbox"/> 施設入所中：施設名（ ）						
施設利用の理由等	※日常生活において、認知症の症状等で困っていることや悩んでいることなどもあればご記入ください。						
かかりつけ医療機関名	①		科	主治医	Dr.		
	②		科	主治医	Dr.		
介護保険	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） <input type="checkbox"/> 認定中 <input type="checkbox"/> 認定を受けていない						
	保 険 者		被保険者番号				
	認定日（ 年 月 日）	有効期間（ 年 月 日～ 年 月 日）					
	介護保険負担割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割						
健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> 被用者健康保険（協会けんぽ、組合健保、共済組合）〈本人・家族〉 <input type="checkbox"/> 国民健康保険・国民健康保険組合〈本人・家族〉 <input type="checkbox"/> 未加入（生活保護受給者）						
居宅介護支援事業所	事業所名：						
	ケアマネジャー：			電話：			
フリガナ			続	柄			
お申し込み者							
連絡先	(自宅)		(携帯)				
住所	〒 ー						

グループホーム



〒535-0005

大阪市旭区赤川1-3-24

TEL 06-6180-7475

FAX 06-6180-7476