

グループホーム 菜の花ホーム 入居者申込書

申込年月日 平成 年 月 日

利用者	フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
	氏名					
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日		年齢	歳	
	住所	〒 -				
	電話番号	() -				
	自宅以外に居る場合	<input type="checkbox"/> 病院・施設(病院・施設名:) <input type="checkbox"/> その他()				
他施設の申請状況	<input type="checkbox"/> 有(施設名:) <input type="checkbox"/> 無					

申請者	フリガナ			続柄	
	氏名				
	住所	〒 -			
	電話番号	() -	携帯電話		

介護保険状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 介護度1 <input type="checkbox"/> 介護度2 <input type="checkbox"/> 介護度3 <input type="checkbox"/> 介護度4 <input type="checkbox"/> 介護度5							
	被保険者番号							保険者	伊豆市
	認定有効期間	平成 年 月 日	～	平成 年 月 日	認定日	平成 年 月 日			
	担当ケアマネージャー	(事業所名:)							

※介護保険証のコピーを添付してください

医療状況	医療機関名	①	主治医	①
		②		②
		③		③
	病 名			

※認知症と診断された、診断書を添付してください

経済状況	年金	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 無	受給額	円
	現状の家族からの援助	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	ある場合	円/月
	生活保護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (担当者:)		

※現在の経済状況をご記入ください

入居検討委員会において、入居を検討するに当たり、必要に応じ介護状態や身体状況を担当ケアマネ・関係機関に個人情報の収集することに同意いたします。

本人氏名

申請理由・その他

・今、現在お困りの事は何でしょうか？

・上記の事は、いつ頃から始まりましたか？

・ご本人様の家族構成をご記入ください。

・ご本人様の生活暦をご記入ください。

・その他

分かる範囲でご記入ください。