

# 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	〒 一					
	電話番号	( ) 一					
	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	〒 一					
	電話番号	( ) 一		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 ヶ月に一回)
	現状の家族からの援助	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	生活保護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (担当者: )			ある場合 円/月

※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を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。