

グループホームつどい 利用申込書

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

○申込者(手続きに来た方)

フリガナ 名前		続柄	
住所	〒 -		
	電話番号:		携帯番号:

○貴施設に、入所したいので申し込みいたします。

フリガナ 名前		男・女	生年月日	明 大 昭	年	月	日	(生 歳)
住所	〒 -							
	電話番号:							
現 状	<input type="checkbox"/> 自宅	病院・施設の名称						
	<input type="checkbox"/> 入院 中	入院・入所期間						
申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設にのみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる 他の施設名 ()							
利用申込理由								
介護保険 情報	<input type="checkbox"/> 介護認定	<input type="checkbox"/> 認定済(下記の通り)		<input type="checkbox"/> 更新中		<input type="checkbox"/> 申請中		
	保険者番号				被保険者番号			
	交付年月日	年 月 日		認定年月日	年 月 日			
	要介護状態区分			認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
手帳情報	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 被爆者							
病歴・既往歴				内服薬				
主治医				医療機関				
収入 の 状 況	年金(国民・厚生・その他)				月額			
	その他の収入(家族からの仕送り等)				月額			
	生活保護の有無: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							
緊急連絡先	氏名	自宅電話番号	携帯番号	続柄	備考(郵便物送付先に○を記入)			
	①							
	②							
	③							

備考: 施設に対するご希望等

担当ケア マネジャー	氏名		電話 番 号	
	事業所名			
申込先		グループホームつどい ・ グループホームつどい花園町 ・ どちらでも構わない		