

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）入居申込書

申込者氏名： _____ 続柄（ ____ ）
 住 所： _____
 電話（自宅）： _____
 電話（携帯）： _____

『グループホームすずの家』の認知症対応型共同生活介護を利用したいので、次のとおり申し込みます。

利用 者	被保険者番号												
	認定有効期限	令和 年 月 日から	認定結果	要支援2、要介護 1・2・3・4・5									
	氏名・性別	男・女			生年月日	M・T・S 年 月 日（満 歳）							
	住 所	〒 - - TEL (- -), FAX (- -)											
身 体 の 状 況	機能障害の有無	無・有 ()											
	既往症の有無	無・有 ()											
	使用薬の有無	無・有 ()											
	アレルギーの有無	無・有 ()											
	その他	()											
認 知 症 の 状 況	診断名												
	具体的な症状												
利 用 状 況	現在の状況												
家 族 の 状 況	氏名	続柄	年齢	住所	連絡先	備考（単身・同居等）							
取 入 の 状 況	年金（国民・厚生・その他）				月額約 _____ 円								
	家族からの仕送り等・その他の収入(月額)				月額約 _____ 円								
	生活保護 無し・有り												
事 業 支 所 援 居	(担当ケアマネージャー)				(事業所名・TEL)								

施設使用欄

受付	受付日	面接日	面接連絡先	結 果	結果通知先	その他
			<input type="checkbox"/> 本人	契 約	<input type="checkbox"/> 本人	
			<input type="checkbox"/> 申込者	待 機	<input type="checkbox"/> 申込者	
			<input type="checkbox"/> その他	辞 退	<input type="checkbox"/> その他	