

申込日 令和 年 月 日

グループホーム フラタナス ホーム長殿

グループホーム入居申込書

申込者 〒 -

住所

氏名

印

入居者
との関係

電話

(自宅・携帯)

フリガナ			男・女	生年 月日	明治 大正 昭和	年 月 日(歳)	
氏名							
住所	〒 -						
	電話番号 - -						
介護 保険	<input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5						
	保険者番号: (市町村)		認定期間: 年 月 日~ 年 月 日				
健康 保険	種別		障害者 手帳	種類			
	記号番号			判定			
収入 状況	年金等(種別)						
	1カ月の利用負担の上限 (本人の収入を施設利用料が上回る場合には、家族の援助を含む)		(月額) 万円までなら負担可能				
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で夫婦で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で子供と同居している						
	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中	入院・施設の名称: (年 月 日~)					
	<input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用 デイサービス名 (. 回/週)						
	ヘルパー(回/週) ショートステイ施設名(. 回/月) <input type="checkbox"/> なし						
	小規模多機能事業所名(. 通い 回/週・訪問 回/週・宿泊 回/週)						
	担当ケアマネジャー・相談員				連絡先	- -	
	医療機関名			科	医師名:		
	医療機関名			科	医師名:		
医療機関名			科	医師名:			
現病名:			病歴:				

項目 が該当する場合は、印としてください。

