認知症対応型共同生活介護　（グループホーム）入居申込書

平成　　年　　月　　日

特定非営利活動法人こしき風林火山
グループホープ多喜人 管理者　殿

〒　　－

住　所

電　話　　（　　）

下記の通り申込ます。
（申込者記入欄）

フリガナ

氏　名　　印

利用者との続柄（　　）

利用者	フリガナ			□ 男 □ 女	生 年 月 日	□明　□大　□昭 年　月　日（　歳）
	氏名					
	住所	〒				電 話　（　） FAX　（　）
世帯状況	配偶者	□ 有 □ 無	その他の同居人	□ 有 □ 無		
主治医	医療機関名		医師名		連絡先（TEL）	
その他	特　記 事　項	□入院中（　　）□入所中（　　）□その他（　　） □車椅子利用　□身障手帳所持				
	当法人以外の申込施設	□グループホーム（　　） □老人ホーム（　　） □その他−老健・病院等−（　　）				
認知症（痴呆）の判定	□有（いつ頃□平　□昭　年　月　日医療機関名：　　医師　　）□無 診断の内容（症状など）					
介護保険	被保険者番号				保険者	
要介護度	□要支援2　□介護度1　□介護度2　□介護度3　□介護度4　□介護度5 認定　年　月　日（有効期限　年　月　日）					
居宅介護支援事業者	□有（事業者　　）□無					