

指定認知症対応型共同生活介護(介護予防)事業所入居申込書

受付年月日	平成 年 月 日	受付番号()			
フリガナ		保険者名	被保険者番号		
入居者氏名					
生年月日	明・大・昭 年 月 日	()歳	性別 (男・女)		
現住所	(〒 -)	(TEL - -)			
	薩摩川内市 町				
認定状況	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている <申込日現在の介護度> 要介護度 (支2・1・2・3・4・5) <認定有効期間> 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで				
	<input type="checkbox"/> 要介護認定申請中				
現在の状況	病院・施設・在宅 名称 ケアマネージャー その他				
フリガナ		入居者との続柄	備考		
代理人氏名					
現住所	(〒 -)	(TEL - -)			
	県 市				
係り付け病院・主治医					
現在治療中の病気等					
既往歴等					
内服薬等					
家族の状況	氏名	年齢	〒	住所	TEL
生活暦・趣味等					
入居希望の理由					
グループホームへの要望事項等					

- * 添付書類
 ・介護保険証(コピー)
 ・認知症を証明する書類
 (主治医意見書)

薩摩川内市東郷町斧淵2636番地1
 グループホーム とうごう苑
 管理者 中間みゆき
 (TEL0996-21-6551) (FAX0996-21-6838)