

グループホーム入居申込書

希望事業所に○印をして下さい。

申込者 氏

() いきいきの家 鴨川

住所

() いきいきの家 いすみ

氏名

続柄 ()

() いきいきの家 岬

電話

ふりがな			明治
氏名	男	生年月日	大正 年 月 日
	女		昭和 満 歳
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		
	被保険者番号		保険者
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	認定日
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)		
	<small>1ヶ月の利用負担金の上限 (本人の収入を施設利用料が上回る場合には、家族の援助含む)</small>		(月額) 万円までなら負担可能
認知症	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症		
診断名	<input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 若年性認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()		
診断を受けた医療機関		診断時期	年 月 頃
認知症の症状 (具体的に)			
現況 (在宅)	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で夫婦と二人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で子供と同居		
	<input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用 デイサービス (回/週)		
	ヘルパー (回/週) ショートステイ (回/週) <input type="checkbox"/> なし		
	小規模多機能事業所 (・通い 回/週・訪問 回/週・宿泊 回/週)		
	居宅介護支援事業所名		
	担当ケアマネジャー		連絡先

