

# グループホームうわばら 入居申込書

(見学 )

申込番号	
初回申込日	平成 年 月 日
今回受付日	平成 年 月 日

申込者	氏名		続柄	
	住所			
	電話	携帯：		

グループホームうわばらに入居したいので、次のとおり申し込みます。

なお、入居のための待機期間中に、他の施設に入居が決定した場合、又、要介護度や連絡先、介護の状況等について変更があった場合には、速やかに貴施設に連絡いたします。

入	氏名	男・女	保 険 者	
			被保険者番号	
居	生年月日	明・大・昭 年 月 日	要 介 護 度	要支援 (2) 要介護 (1・2・3・4・5)
	現住所	電 話	認定有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
者	現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 別居だが同一敷地内又は近隣に家族がいる <input type="checkbox"/> 施設や病院にいる 施設 (病院) 名： 入所 (入院) 年月日：		
	介 護 者 の 有 無	<input type="checkbox"/> 介護者が誰もいない <input type="checkbox"/> 介護者がいる → 介護者の氏名： 続柄： 〃 生年月日： 同居・別居		
の	入 居 希 望 の 理 由	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が生活のため仕事に就いているので介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が未就学児や孫の世話をしているため介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が病気や障害などで介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	状 況	(注) 施設や病院にいる場合は、自宅での生活状況を想定して記入してください。		
状	医 療 の 状 況	現在治療中の病気などがあれば記入してください。(医療機関名、診療科等) 食事状況 <input type="checkbox"/> 経管栄養等 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	申 込 状 況	<input type="checkbox"/> 貴施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込む (施設名： )		
者	担 当 ケ ア マ ネ ー ジャ ー	<input type="checkbox"/> いる → 事業所名 ( ) 氏名 ( ) <input type="checkbox"/> いない		

入居指針の説明を受け、次のことに同意します。

- 1 入居申込に必要な「介護認定調査に係る情報」を市町村から得ること。
- 2 市町村から要求があった場合、この申込情報を市町村に提供すること。

平成 年 月 日

氏名 (本人又は代理人)

⑩

