

# 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	令和 年 月 日
今回受付日	令和 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 居 者 の 状 況	氏名	男・女	保 険 者	
			被保険者番号	
	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	年 月 日から 年 月 日まで
	現 況	自宅で一人暮らし 自宅で家族と暮らしている 別居だが同一敷地内又は近隣に家族がいる 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	介護者が誰もいない 介護者がいる 介護者の氏名: 続柄: " 生年月日: 同居・別居		
	入 居 希 望 の 理 由	介護者がいないため 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 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 介護者が病気や障害などで介護が困難なため 居住環境の事情により十分な介護が困難なため その他( ) (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。		
	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 経管栄養等 その他( )		
申 込 状 況	貴施設のみ申し込む 他の施設も申し込む (施設名: )			
担 当 ケ ア マ ネ ー ジャ ー	いる 事業所名( )氏名( ) 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。

令和 年 月 日

氏名(本人又は代理人)



