

記入日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

グループホーム塩田 入居申込書

電話	0268 (38) 0565
FAX	0268 (38) 0565

入居希望者	ふりがな				生年月日	明・大・昭			年	月	日		
	氏名				年齢	歳	性別	男 ・ 女					
	住所	(〒 -) (都・道・府・県)			電話番号								
	現状況	自宅 ・ 入院中 () ・ 施設入所中 ()											
	ケアマネ	事業所 () 担当者 ()											
	介護保険	要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 ・ 申請中											
		認定有効期限	年			月	日	～	年	月	日		
		介護保険負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割			介護保険負担限度額認定証	有 ・ 無						
	健康保険	後期高齢者医療保険 ・ 国民健康保険 ・ 生活保護 ・ その他 ()											
		医療保険負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割			福祉医療受給者証	有 ・ 無						

家族・身元保証人	ふりがな				生年月日	昭・平			年	月	日	
	氏名				続柄		性別	男 ・ 女				
	住所	(〒 -) (都・道・府・県)			電話番号							
	上記以外の家族の氏名		続柄・関係		住所 (市町村)		電話番号					
	①											
	②											

入居に際して	入居希望日	月	日	
	認知症の診断	なし ・ あり 処方されている薬など ()		
	入居希望理由			

備考欄			
-----	--	--	--