

入居申込書

認知症高齢者グループホーム
北のおひさま 管理者 殿

写真添付欄

次のとおり、貴グループホームに入居いたしたく、申し込みます。

申込年月日		平成 年 月 日			
申込者の氏名		被保険者との関係			
申込者の住所		電話番号 (連絡先)			
(この欄は、申込者が被保険者本人の場合は記入不要です。)					
被 保 険 者 等	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏名		性別	男 ・ 女	
	住所	電話番号			
	本籍				
	現在の要介護認定の結果等	保険者名		被保険者番号	
		介護認定	申請(更新・変更)中・済	要介護度	1・2・3・4・5
		有効期間	H 年 月 日 から H 年 月 日まで		
	居宅介護支援事業者	事業所名		電話番号	
		住所			
		担当者名		備考	
現在の状況	1 居宅 2 介護老人福祉施設 (施設名:) 3 介護老人保健施設 (施設名:) 4 介護療養型医療施設 (施設名:) 5 病院等の医療機関 (医療機関名:) 6 その他の施設 (施設名:)				
(1から6のいずれか該当するものに○をし、その施設名等を記載してください。)	心身の状況				
	精神の状況				
入居希望年月日	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃入居したい				
入居を希望する理由					

この申込の内容については、グループホームの入居希望者情報として、介護保険の保険者(市町)に対して提供することに同意します。

被保険者 _____ (印)

