

【様式1】

令和 年 月 日

グループホーム
「女池上山スワンの家」
入居申込書

(申込者)

〒 ー
住 所

氏 名 印

連絡先 () ー

入居希望者
との続柄

| | | | | | | |
|------------|--|---|--|---|------|------------|
| ふりがな | | | | 男 | 生年月日 | 明治・大正・昭和 |
| 入居希望者 | | | | 女 | | 年 月 日(満 歳) |
| 現住所 | 〒 ー TEL() ー | | | | | |
| 要介護度 | <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 | | | | | |
| 現況 | <input type="checkbox"/> 自宅(主介護者:) <input type="checkbox"/> 入院中(病院名:) <input type="checkbox"/> 施設入所中(施設名: 年 月 日から) | | | | | |
| 利用中の介護サービス | <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> その他 | | | | | |
| 健康保険証 | <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 | | | | | |
| 年金 | <input type="checkbox"/> 受けている(月額 円) <input type="checkbox"/> 受けていない | | | | | |
| 入居希望日 | <input type="checkbox"/> なるべく早く(月 日ころ) <input type="checkbox"/> 病院退院時 <input type="checkbox"/> 施設退所時 <input type="checkbox"/> 将来的に | | | | | |
| 身元引受人 | 氏名 | | | | 続柄 | |
| | 住所 | 〒 ー TEL() ー | | | | |
| 入居を希望する理由 | | | | | | |
| 担当ケアマネジャー | 事業所名 | | | | 氏名 | |
| 日常生活の自立度等 | 障害高齢者の日常生活自立度 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 | | | | |
| | 認知症高齢者の生活自立度 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M | | | | |

※ ①介護保険証のコピー ②日常生活の状況について(様式2)を添付してください。