

【様式1】

令和 年 月 日

グループホーム  
「物見山スワンの家」  
入居申込書

(申込者)

〒 ー  
住 所  
氏 名  
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。

スワン・パートナーズ株式会社