

受付番号

グループホーム長寿の郷利用申込書

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

申込者(連絡先)

〒
住所:
氏名: ㊟ (続柄)
電話:

利用希望者の状況	(フリガナ)		性別	保険者	
	氏名			被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		要介護度	
	認定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
	現住所	〒		TEL	
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らししている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らししている <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている 「施設や病院に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市町村名) _____ ◇入所又は入院期間: 令和 年 月 日から入所・入院している			
	介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」、「複数の人を介護」等により十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく介護が困難 <input type="checkbox"/> その他()			
	利用希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ利用したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日頃までに利用したい			
医療の状況	【現在治療中の病気・特記事項等】 【かかりつけ医】 医師氏名 _____ 医療機関名 _____ 医療機関所在地 _____				
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名() () () ◇今後申し込む予定の他の施設名() () ()				

主たる介護者	(フリガナ)		性別	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名			続柄	同居 ・ 別居
	別居の場合	住所: 〒 _____ 連絡先: _____ *申し込み者と同じ場合は記入不要			
	意見	【介護しているうえで困っていること等】			

同意書	県又は市町村から求められた場合には、これを提出することに同意します。 令和 年 月 日 氏名: _____ 印
-----	---

※介護保険被保険者証(写)・直近のフェースシートを添付してください。

居宅支援事業所等	〒
	住所:
	事業所名: _____ 連絡先: _____
	担当ケアマネ: