

グループホームのぞみ・ささえ 入居申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人正和会

グループホームのぞみ・ささえ 管理者殿

住 所

申 込 者 氏 名

印

続 柄

次のとおり、グループホームのぞみ・ささえに入居申込を致します。

電話番号 () -

利用希望者	ふりがな		性別		明治・大正・昭和	
	氏名		男女	生年月日	年 月 日 (歳)	
	住所	〒 -		電話番号	() -	
	介護保険	要介護度等	要支援2・1・2・3・4・5・申請中		保 険 者	市・町・村
		被保険者番号			認定期間	H・R 年 月 日～ H・R 年 月 日
		ケアプラン作成事業所	作成者 ()			
	健康保険種別	国保・社保・共済・その他 ()			老人医療受給者証	有・無
障害者手帳	無・有 () 種 () 級 障害名 ()					
年金等				生活保護受給状況	有・無	
連絡先	第一	ふりがな			自宅電話	() -
		氏名			勤務先電話	() -
					携帯電話	() -
	住所				続 柄	
	第二	ふりがな			自宅電話	() -
		氏名			勤務先電話	() -
					携帯電話	() -
	住所				続 柄	
	第三	ふりがな			自宅電話	() -
		氏名			勤務先電話	() -
					携帯電話	() -
	住所				続 柄	
家族状況	独居・夫婦のみ・子供と同居・その他		本人の居所	在宅・病院・施設等 ()		
希望要望等						
かかりつけ医療機関等	①	病院・医院		科	先生	
	②	病院・医院		科	先生	