

申 込 書

私（申込者）は、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の機能を十分に理解したうえで、下記の通りグループホーム愛宕の丘の利用を申し込みいたします。

申込年月日

平成 年 月 日

申込者 印

住 所

電話番号 - -

ご利用者様	フリガナ氏名			生年月日	明・大・昭 年 月 日 (男・女) (生 歳)	
	住所	〒 -		電話番号	- -	
	介護保険	申請中 要介護度 (介1・介2・介3・介4・介5) 有効期限： 年 月 日から 年 月 日まで				
	身体障害者手帳			精神障害者保健福祉手帳		
	無 ・ 有 種 級			無 ・ 有 種 級		
	療養状況	<input type="checkbox"/> 同居		(主な介護者氏名：		続柄：
		<input type="checkbox"/> 独居		(主な介護者氏名：		続柄：
<input type="checkbox"/> 入院中		(病院名：		年 月 日から		
<input type="checkbox"/> 入所中		(施設名：		年 月 日から		
経済状況	家族の経済的援助 有 ・ 無		本人の収入 無 ・ 有 月/ 円			
主介護者	フリガナ氏名			電話番号	自宅： - - その他： - -	
	住所	〒 - (続柄：)				
居宅介護支援事業所	無 ・ 有 事業所名：		担当ケアマネジャー名：			
家族構成	氏名	続柄	生年月日	職業		
			年 月 日	無 ・ 有 連絡先：		
			年 月 日	無 ・ 有 連絡先：		
			年 月 日	無 ・ 有 連絡先：		
			年 月 日	無 ・ 有 連絡先：		

申し込みの理由（困っていること、大変なことなどをご記入ください。）