

認知症対応型共同生活介護
介護予防認知症対応型共同生活介護

グループホーム 川田の宿 入所申込書

● 関係書類を添付し、入所を申込みます。

申 込 日 ： 令和 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生 年 月 日			
氏 名			明・大・昭 年 月 日生 (歳)			
本人住所	〒 ー		連絡先 自 宅 ()			
申込者氏名 (続柄)	()		連絡先 (日中連絡可能な連絡先) 自 宅 ()			
申込者住所	〒 ー 同上		携 帯 () その他 ()			
家族の状況	家 族 図		氏 名	年齢	続柄	備 考
					本人	
特記事項	* 介護状況 (主介護者・介護協力者の状況等)					
介護保険 被保険者番号	0 0 0		保険者名 (市町村)			
要介護認定	□要支援 1 □要支援 2 □要介護 1 □要介護 2 □要介護 3 □要介護 4 □要介護 5					
	認定期間 : 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
介護保険負担割合証		1 割 ・ 2 割		介護保険負担限度額認定証		有 ・ 無
担当居宅介護 支援事業所等	事業所の名称		担当者氏名	連絡先		
				TEL () FAX ()		
居宅サービスの 利用状況等	□ 訪問介護 □ 訪問看護 □ 訪問入浴 □ 訪問リハ □ 通所介護 □ 通所リハ □ 居宅療養管理指導 □ 短期入所生活介護 □ 短期入所療養介護 □ 福祉用具貸与 その他 (福祉用具購入・住宅改修等) * 直近3ヶ月のサービス利用票添付で記載不要。					

