

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護「横浜ゆうゆう」入居申込書

入居希望者	ふりがな		男 女	生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)		
	氏名						
	住所	〒					
	介護保険 被保険者証	被保険者番号					
		要介護度	要支援 2	1	2	3	4
	認定有効期間	令和 年 月 日より 令和 年 月 日まで					
介護保険負 担割合証	利用者負担割合	1割	2割	3割			
申込者	氏名				続柄		
	住所	〒					
	連絡先	TEL					
		FAX					
携帯電話							
契約居宅介護支援事業所	事業所名称						
	住所	〒					
	連絡先	TEL					
		FAX					
	担当介護支援専門員名						
入居理由							
身体状況	機能障害の有無	無・有	()				
	既往症の有無	無・有	()				
	使用薬の有無	無・有	()				
	アレルギーの有無	無・有	()				
	その他	()	()				
認知症	診断名		診断日	年 月 日			
	具体的な症状						
備考							

添付書類

- ・介護保険被保険者証、介護保険負担割合証の写し
 - ・認知症の診断を受けている書類の原本（健康診断書、診療情報提供書など）
- ※申し込み時がない際はご相談ください。