年　　　月　　　日

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）入居申込書

申込者氏名　　　　　　　　　　続柄（　　　　　　）

住所〒

電話・FAX

携帯番号

高齢者グループホーム「横浜はつらつ」の認知症対応型共同生活介護を利用したいので、次の通り申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者情報 | 被保険者番号 | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  |
| 認定有効期間 | 年　　　　月　　　　日から  年　　　　月　　　　日まで | | | | | | | | 介護度 | | | |  | | | | |
| フリガナ  氏名 |  | | | | | | | | 生年月日 | | | | T．S　　年　　月　　日  （　　　　　歳） | | | | |
| 住所 | 〒  　　　TEL | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体の状況 | 身体状況：  病歴：  現在飲んでいるお薬：  アレルギー：　有・無　　（ ）  その他： | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認知症の状況 | 診断名 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 具体的な状況 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1日の過ごし方 | 現在利用している福祉サービス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族の状況 | 氏名 | | 続柄 | | 年齢 | | 住所 | | | | | 連絡先（TEL） | | | | | 備考 | |
|  | |  | |  | |  | | | | |  | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | | | |  | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | | | |  | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | | | |  | | | | |  | |
| 備考 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※横浜ゆうゆうへの同時申し込み　　希望します　　　希望しません