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