

## 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		
緊急連絡先	Eメール		

グループホーム シャローム・ミルトスの木の認知症対応型共同生活介護を利用したいので、次のとおり申し込みます。

利用者	被保険者番号					
	認定有効期間	平成 年 月 日から	認定結果	要介護 1・2・3・4・5		
		平成 年 月 日まで				
	ふりがな				生年月日	M・T・S 年 月 日 (満 歳)
	氏 名					
住 所						
身体 の 状 況	機能障害の有無					
	既往症の有無					
	使用薬の有無					
	アレルギーの有無					
	その他					
認知症 の 状 況	診断名					
	具体的な症状					
現在のサービス 利用状況						
身元 引 受 人	氏 名					
	住 所					
	連絡先					
家族 の 状 況	氏 名	続柄	年齢	住 所	連絡先	備 考
収入 の 状 況	年金 (国民・厚生・その他)	月額		円		
	その他の収入 (家族からの仕送り等)	月額		円		
	生活保護の有無					
居宅介護 支援事業者	住所・連絡先				担当ケアマネジャー	