

## 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				認定結果	要介護 1・2・3・4・5
	認定有効期間	令和 年 月 日から				
		令和 年 月 日まで			生年月日	M・T・S 年 月 日 (満 歳)
	ふりがな					
	氏 名					
住 所						
身体状況	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	担当ケアマネージャー				