

# 申 込 書

私(申込者)は、看護小規模多機能型居宅介護/認知症対応型共同生活介護(グループホーム)/デイサービスの機能を十分に理解したうえで、下記の通りの利用を申し込みいたします。

申込年月日 令和 年 月 日

- |   |      |     |
|---|------|-----|
| <input type="checkbox"/> グループホーム(認知症対応型共同生活介護)      | 申込者  | 印   |
| <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能ホーム(看護小規模多機能型居宅介護) | 住所   |     |
| <input type="checkbox"/> デイサービス(認知症対応型通所介護)         | 電話番号 | - - |

ご利用者様	フリガナ氏名			生年月日	明・天・昭 年 月 日 生 ( 歳)		
	住所	〒 -		電話番号	- -		
	介護保険	申請中					
		被保険者番号			保険者番号		
		要介護状態区分 ( 支援1・支援2・介護1・介護2・介護3・介護4・介護5 )					
		交付年月日		年 月 日	認定年月日		年 月 日
		有効期限: 年 月 日から 年 月 日まで					
	身体障害者手帳			精神障害者保健福祉手帳			
	無 ・ 有 ( 種 級 )			無 ・ 有 ( 種 級 )			
	療養状況	<input type="checkbox"/> 入院中		(病院名: 年 月 日から)			
<input type="checkbox"/> 入所中		(施設名: 年 月 日から)					
経済状況	家族の経済的援助 無 ・ 有		本人の収入 無 ・ 有 円/1ヶ月				
主介護者	フリガナ氏名			電話番号	自宅: - - その他: - -		
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( 住所 〒 - )						
同居の際の 家族構成	氏名	続柄	生年月日	職業			
			年 月 日	無・有 連絡先:			
			年 月 日	無・有 連絡先:			
			年 月 日	無・有 連絡先:			
			年 月 日	無・有 連絡先:			
緊急連絡先 1	フリガナ氏名			電話番号	自宅: - - その他: - -		
	フリガナ氏名 (続柄: )						
緊急連絡先 2	フリガナ氏名			電話番号	自宅: - - その他: - -		
	フリガナ氏名 (続柄: )						
居宅介護 支援事業所	無 ・ 有 事業所名:			担当ケアマネジャー名:			
申し込みの理由(困っていること、大変なことなどをご記入ください。)							

**【お問合せ先】** グループホーム/看護小規模多機能ホームやかた/デイサービスやかた  
電話:0193-31-3301 FAX:0193-31-3302