

# グループホームしずか荘（認知症対応型共同生活介護）入居利用申込書

受付年月日：平成      年      月      日

申込者氏名	続柄（      ）
住 所	
電話番号	
携帯電話	

下記の通り、グループホームしずか荘に入居利用を申し込みます。

フリガナ					生 年 月 日
利用者氏名					大正・昭和      年      月      日（満      歳）
現 住 所	郵便番号				電話番号
被保険者番号					保険者名
要介護・要支援認定	<input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
	認定の有効期間   ：  平成      年      月      日   ～  平成      年      月      日				
現在の居所 ※自宅以外の 場合に記入	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 市外や病院等にいる				
	施設・病院等の名称				所在地
	期 間	平成      年      月      日～			電話番号
居宅サービスの利用の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（      ）				
担当の介護支援専門員	事 業 所 名				担 当 者 名
	TEL				
医療の状況	[認知症診断名及びその他治療中の病名]			[主な病歴]	
認知症状及び精神面の状況					
入居利用申込理由	(現在お困りな事・しずか荘に希望することなど)				
私は、グループホームしずか荘入居利用申込書・診断書・情報提供書に記された情報を入居判定会議において使用することについて、また必要に応じて要介護認定の結果・認定調査の内容・主治医意見書・担当介護支援専門員からの情報提供書をしずか荘と浦安市・居宅介護支援事業所との間で情報交換することに同意します。					
平成      年      月      日      氏名					印