

グループホーム集い利用申込書

グループホーム集い施設長 殿

令和 年 月 日()

申込者住所
(生計中心者)
氏名

利用希望者との続柄()
連絡先(電話番号)

次の通り、グループホーム集いの利用を申し込みます。

ふりがな			
利用希望者	男・女	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日 (満 歳)
住所	〒 -		電話番号 ()
在宅入院別	在宅	病院・施設名 :	
かかりつけ病院・医師名	病院名 : 医師名 :		
第2連絡先	氏名 :	続柄 ()	
	住所 :	電話番号 ()	
日常生活自立度	寝たきり	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
判定基準	認知症	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
要支援・要介護認定	未定・(要支援) 1・2 (要介護) 1・2・3・4・5		
被保険者番号			
担当居宅支援事業所	事業所名 : 担当ケアマネ :		
(申請理由)			

【本申込書の提出にあたり利用に関する説明を受け、次のことについて同意します。】

- 1.利用希望者の「介護認定調査に関する情報」を新居浜市から得ること。
- 2.利用希望者の「介護サービスの利用(ケアプラン)」に関する情報を居宅介護支援事業所等から得ること。
- 3.新居浜市から要求があった場合、この申し込み情報を新居浜市に提供すること。

令和 年 月 日

氏名(本人) _____ 印

代筆者(続柄) _____ ()