

入居利用申込書

社会福祉法人 村上岩船福祉会
 認知症高齢者グループホーム まつかぜ

令和 年 月 日

申請者	ふりがな				続柄			
	氏名							
	住所	〒(-) TEL ()						
入居利用者	ふりがな				生年月日			性別
	氏名				M・T・S 年 月 日			男・女
	住所	〒(-) TEL ()						
家族構成(利用希望者と同一世帯の家族構成)								
氏名		性別	続柄	生年月日		勤務先(電話番号)		
同居されていない扶養義務者								
氏名		性別	続柄	生年月日		勤務先(電話番号)		
経済状況	本人の収入 有・無 年 金 (種類: 年額: 円)							
現況	<input type="checkbox"/> 自宅 (主たる介護者:) <input type="checkbox"/> 入院中 (病院名:) <input type="checkbox"/> 施設入所中(施設名:) <input type="checkbox"/> その他 ()							
利用中のサービス	<input type="checkbox"/> ショートステイ (利用施設名:) <input type="checkbox"/> デイサービス (利用施設名: 頻度:週 回程度) <input type="checkbox"/> ホームヘルパー (利用事業所名: 頻度:週 回程度) <input type="checkbox"/> その他 ()							
依頼している居宅介護支援事業所名								
介護支援専門員					現在の要介護度		要支援2・要介護1・2・3・4・5	
介護保険有効期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			認知症自立度		I・II・IIa・IIb・III・IIIa・ IIIb・IV・M	