

利用申込書

受付番号

令和 年 月 日

申込者	氏名		続柄	
	住所	〒891- 指宿市		
	電話	携帯		

下記のとおり、『グループホーム オリビンの風』を利用したいので申し込みます。

入居者予定の状況

フリガナ 氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	保険者 被保険者番号	
現住所	891- 指宿市	要介護 状態区分	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()	
生年月日	昭和 年 月 日 (歳)	認定年月日	平成 令和 年 月 日	
認知症の病名	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無			
自宅の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 配偶者と二人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている			
	<input type="checkbox"/> 別居だが同一敷地内又は近隣に家族が居る			
待機場所	<input type="checkbox"/> 自宅			
	<input type="checkbox"/> 施設や病院 施設・病院名 : 入所・入院年月日			
介護者の有無	<input type="checkbox"/> 介護者が誰もいない			
	<input type="checkbox"/> 介護者がいる 介護者の氏名 続柄			
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
入居希望の理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため			
	<input type="checkbox"/> 介護者が仕事に就いていて、介護が困難なため			
	<input type="checkbox"/> 介護者が病気や障害などで介護が困難なため			
	<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため			
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
医療の状況	*現在の体調や治療中の疾病、または既往歴等を記入して下さい。(医療機関名等)			
担当介護支援専門員	事業所名:			
	氏名: ()			
申し込み状況	<input type="checkbox"/> 貴施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他施設も申し込む(施設名:)			

なお、入居の為の待機期間中に、他の施設に入居が決定した場合、また、要介護度や連絡先、介護の状況等変更があった場合には、速やかに連絡いたします。

※1 添付書類・主治医の診断書・身体及び精神等の状況調査票

※1 お申し込みの際、介護保険被保険者証をご持参ください。