

グループホーム 仁の里 利用申込書

| | |
|-------|----------|
| 申込年月日 | 平成 年 月 日 |
|-------|----------|

| | | | | | | | | |
|-------|--|-----|----|-------|---|------|---|---|
| ふりがな | | 男・女 | 生年 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | 歳 |
| 利用者氏名 | | | 月日 | | | | | |
| 利用者住所 | | | | | | 電話番号 | | |

ご本人の様子・入所申込の理由

| |
|----------|
| 入所申込みの理由 |
| |
| |
| |

ご家族様連絡先（緊急連絡先）

| | 氏名 | 年齢 | 続柄 | 勤務先等 | 電話番号（携帯番号） |
|---|----|----|----|------|------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

| | | | | |
|------|--------|---|-----------|-------|
| 介護保険 | 被保険者番号 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 保険者名称 | 市・町・村 |
| | 保険者番号 | | 居宅介護支援事業所 | |
| | 申請時介護度 | 支2・1・2・3・4・5 | | |

| | | | | |
|-----|-------|--|------|--|
| 主治医 | 医療機関名 | | 電話番号 | |
| | 診療科名 | | 病名 | |
| | 医師名 | | 服薬状況 | |

申 込 者 住所 _____

(身元引受人) **氏名** _____ (印) **続柄:** _____

電話番号 _____

緊急連絡先 _____