

# 認知症対応型共同生活介護 入居申込書

申込日	年 月 日
-----	-------

認知症対応型生活介護 グループホームシャルルまきの への入居を申し込み致します。

<b>◆利用希望者</b>			
フリガナ 氏名	性別 男・女	生年月日	大・昭 年 月 日 ( 歳)
住所		電話番号	
被保険者番号		要介護区分	支2・1・2・3・4・5
認定日	年 月 日	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで
担当介護支援専門員氏名			所属
<b>◆申込者(連絡先) ※今後、この連絡先に連絡させていただきます。</b>			
フリガナ 氏名	続柄	電話番号	
		住所	
現況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 入院中    病院・施設の名称 <input type="checkbox"/> 入所中    入院・入所の期間    年 月 日 ~ 入院・入所している。		
認知症で困っている行動・症状など			
医療の状況 現在治療中の病気・既往歴など(具体的に)			
入所希望時期・状況			
<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 年 月頃には入居したい <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる			

今後、施設への入居を円滑にすすめ、介護保険施策の参考とするため、この申込書の内容を必要に応じて行政機関(保険者である市町村、もしくは奈良県)に報告することに異議なく同意します。

年 月 日

本人または申込者の氏名 \_\_\_\_\_ 印

介護保険被保険者証の写しを添付して提出してください。

社会福祉法人 正和会  
認知症対応型共同生活介護  
グループホーム シャルルまきの