社会福祉法人昌明福祉会 「グループホーム敬親庵」 ご利用申込書

お申込日： 年 月 日 受付番号 _____

◆ ご利用希望者様（ご本人様）

ふりがな 氏名	様	性別	男	生年月日 (年齢)	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和	年	月	日
			女					
住所	〒 _____							
電話番号	電話番号：		ファックス番号：					
生活形態	☐ 一人で暮らしている ☐ 夫婦で暮らしている ☐ 家族と暮らしている							
現在の生活場所	☐ 自宅 ☐ 一般病院 ☐ 特別養護老人ホーム ☐ 老人保健施設 ☐ 療養型病床群 ☐ 有料老人ホーム ☐ その他（ _____ ）							
介護認定	要支援 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5							
医療に関する状況	☐ 特別な医療行為（ _____ ） ☐ 現在治療中の病気（ _____ ） ☐ その他健康状態に関する事（ _____ ） ☐ 感染症について（ _____ ）							
ケアプラン作成者	事業所名：			電話番号：				
	担当者（ケアマネージャー）名：							

◆ お申込者（ご家族様など）

ふりがな 氏名	様	申込者との関係		歳
		年齢		
住所	〒 _____			
連絡先	（ ） 携帯番号：			
	（ ） 電話番号：		ファックス番号：	
家族構成	続柄	氏名	住所	電話番号
その他				

お申込み時にご持参頂く物 介護保険被保険者証

受付担当者名： _____