

グループホーム「桜の家」利用申込書

申込年月日 平成 年 月 日

社会福祉法人 功 寿 会

グループホーム「桜の家」 殿

申請者 住 所

氏 名

㊟

続 柄

連絡先

利用対象者氏名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日	年 齢	歳
利用対象者住所	Tel ()		
身元引受人氏名	続柄 ()		
身元引受人住所	Tel ()		
介護保険認定状況	新規 ・ 申請中 ・ 更新中 ・ 認定済み		
介護保険被保険者番号	要介護状態区分	要支援 2 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
係り付けの病院名	主治医名		
現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他		
	施設又は病院名：		
施設又は居宅サービス 利用機関名			
現在の状況等			

※事業所確認欄

受付日	平成 年 月 日	時 分	訪問先	自宅・病院・施設等・その他 ()		
訪問日時	平成 年 月 日	時 分	受付担当者		管理者 確認印	

社会福祉法人 功 寿 会