

あろんていあ住吉 利用申込書

申込日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

◇利用希望者◇

ふりがな		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
氏名	様	性別	<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性				
住所	〒 —						<input type="checkbox"/> 在宅生活 <input type="checkbox"/> 介護施設入所中 <input type="checkbox"/> 入院中 (施設名:)
電話番号	() —						

要介護度 等認定	<input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	認定有効期間 平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日
負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	公費助成 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有りの場合、下記にご記入お願いします。) <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()
現在かかっている医療機関	医師名 先生	
担当のケアマネジャー	事業所名	担当者名 様

◇身元引受人◇

ふりがな		続柄	同居・別居
氏名	様		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
住所			
電話番号	() —		

◇緊急時連絡先◇

①	氏名	様	続柄	
	電話番号	— —	住所	
②	氏名	様	続柄	
	電話番号	— —	住所	
③	氏名	様	続柄	
	電話番号	— —	住所	

◇現在、困っていることや気になることがあれば、ご記入ください。◇

申込受付日	面接日時
	: ~ :
担当:	担当:

医療法人弘善会

グループホーム 小規模多機能



あろんていあ住吉