認知症対応型共同生活介護「グループホームほがらか」　入居申込書

申込日：　令和　　年　　月　　日

以下の通り、認知症対応型共同生活介護「グループホームほがらか」の利用を申し込みます。

申込者	フリガナ		本人との関係
	氏　　名		
	住　　所	（〒　　－　　）	性　　別 □ 男・□ 女
	電話番号	（自宅）　　（携帯）	

対象者	フリガナ		生年月日	年　　齢
	氏　　名			歳
	住　　所	（〒　　－　　）　※住所地：　□　熊本市		性　　別 □ 男・□ 女
	電話番号	（自宅）　　（その他）		
	かかりつけ医	①医療機関名：　　主治医：		
		②医療機関名：　　主治医：		
	要介護認定	（　　）　期間：　　～		
	認知症診断	□　あり　→　診断名　（　　）		
	介護サービスの利用状況について			
	□　入所中	施　設　名		
	□　入院中	医療機関名		
	□　在宅	居宅介護支援事業所名	担当ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ　（　　）	

申込理由	（現在の状況や困っていることをご記入ください。）

身元引受人	フリガナ		本人との関係
	氏　　名		
	住　　所	（〒　　－　　）	性　　別 □ 男・□ 女
	電話番号	（自宅）　　（携帯）	

備考	