

申込日 平成 年 月 日

グループホーム（ソレイユの里・家・華）

入居申込書

ホーム長 殿

(申込者) 入居希望者との関係 ()

住所	〒 -		
ふりがな 氏名	電話	-	-
		-	-

※当てはまる項目の□にレ点をお入れ下さい。

入居希望者の 状況	(ふりがな)		生年 月日	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)	性別	男・女
	氏名					
	住所	〒	電話 番号	-	-	
	同居者	<input type="checkbox"/> 1人暮らし <input type="checkbox"/> 配偶者と2人暮らし <input type="checkbox"/> その他家族() 合計 人家族				
	現在の 居住地	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 経費老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 生活支援ハウス <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> その他				
	住民登録	平成 年 月頃 より	施設名	<small>葛飾区以外の方は入所制限がございます。又入所後、葛飾区より他区市町村へ住所変更された場合、介護負担金が10割となります。ご注意ください。</small>		
	現在利用している介護サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護(□昼間 □夜間) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護(□昼間 □夜間) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(□一般 □認知症) <input type="checkbox"/> ショートステイ				
	介護認定	申請(更新・変更)中	済	被保険者番号		
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <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				
		認定有効期限	平成 年 月 日	～	平成 年 月 日	
	健康保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険(□本人 □家族の扶養) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	年金	種別				
	障害手帳	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	障害名	等級		
	主たる介護者	(ふりがな)		生年 月日	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)	性別
氏名						
住所			電話 番号	-	-	
ご関係						

ケアマネジャー		事業所名	
---------	--	------	--

入所希望日	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 年 月 日頃
-------	--

・ 判定会議の結果、入所に至らなかった場合でも、不服申し立ては致しません。入所申込みに関する情報について、東京都又は葛飾区より情報の提示を求められた場合、その情報の開示に同意します。

平成 年 月 日

氏名

印