

申込日	令和 年 月 日
-----	----------

※太枠の部分は必ずご記入ください

グループホーム 入居申し込み書

希望の施設	<input type="checkbox"/> 太陽の家（大正町）	<input type="checkbox"/>	どちらも希望
	<input type="checkbox"/> 広野の家（広野町）		
入居希望者	フリガナ	性別	生年月日
			年 月 日（ 歳）
今の住所			
介護保険情報	保険者（市町村）		要介護度
	被保険者番号		
	認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 入院中（ 年 月頃）		
	<input type="checkbox"/> 施設入居中 施設名（ ）（ 年 月頃）		
	入居時期	<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> そのうち <input type="checkbox"/> 近日中 <input type="checkbox"/> 今すぐ	
身体状況	移動	<input type="checkbox"/> 自立（杖・歩行器・その他） <input type="checkbox"/> 車椅子使用 <input type="checkbox"/> その他（	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立（パット・なし） <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ使用	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 全介助	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	医療面	疾患名： かかりつけ医	
利用中の介護サービス	サービス名：		
	ケアマネ	事業所名：	担当者：
申込者	フリガナ	住所	
		（ - ）	
	電話番号	自宅	携帯
主たる介護者	介護の有無 <input type="checkbox"/> 複数（協力者あり） <input type="checkbox"/> 主たる介護者のみ <input type="checkbox"/> なし		
	氏名	続柄	年齢 歳
住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（住所：		
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 健康に不安 <input type="checkbox"/> 要支援・要介護状態		
介護可能時間	<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 一時的に不在あり <input type="checkbox"/> ほとんど時間が取れない（理由：		
本人との関係	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 介護の関わりのみ <input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> その他（		
具体的に困っている事			