

愛東の杜グループホーム(認知症対応型共同生活介護)入居申込書

申込日	平成 年 月 日	……お問い合わせ ・ お申込み…… 社会福祉法人 日野友愛会 愛東の杜 〒527-0162 東近江市妹町1026番地 TEL0749-46-8800 FAX0749-46-8181			
申込者連絡先	ふりがな			続柄	
	氏名				
住所	〒				
電話番号					

本人の状況	ふりがな		性別		保険者(番号)					
	氏名		男・女		被保険者番号					
	生年月日	明・大・昭 年 月 日(満 歳)			要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5				
	要介護認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで								
	自宅住所	〒			電話番号					
	現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の地域や病院に入っている								
	※自宅以外に居住している場合に記入	施設・病院の名称				所在地	〒			
		入所又は入院期間	平成 年 から(年か月)			電話番号				
	入居申込理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため								
		<input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため								
		<input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから(昼間独居となり常時)の十分な介護が困難なため								
		<input type="checkbox"/> 介護する者の身体的、精神的負担が大きく十分な介護ができないため								
		<input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため								
<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため										
<input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが自宅で困難なため										
<input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的に負担が大きいため										
<input type="checkbox"/> その他()										
本人の入居意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難									
居宅サービスの利用の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()									
居宅支援事業所				担当ケアマネジャー名						