



# (株)アイズケア グループホーム 利用申込書

申し込まれる事業所にチェックをつけて下さい。

(  あつたかハウス京町 ・  あつたかハウス甘呂 ・  サフラン )



申し込み年月日 平成 年 月 日

ふりがな 利用者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭： 年 月 日生(満 歳)
利用者住所	〒 - 県	市・郡 番地の 電話番号( ) 携帯電話番号( )
ふりがな 申込者氏名		
申込者住所	〒 - 県	市・郡 番地の 電話番号( ) 携帯電話番号( )
緊急連絡先	ふりがな ① 氏名	続柄( ) 電話番号( ) 携帯電話番号( )
	ふりがな ② 氏名	続柄( ) 電話番号( ) 携帯電話番号( )
	ふりがな ③ 氏名	続柄( ) 電話番号( ) 携帯電話番号( )
現在の住居	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 入院中( 病院) <input type="checkbox"/> 施設利用中( ) 期間( )      期間( )	
介護保険	認定市町村( ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済み： ・要支援 <input type="checkbox"/> 2      ・要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 有効期間( 年 月 日から 年 月 日まで)	
医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保( <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢者      ・その他( ) <input type="checkbox"/> 手帳等( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)      ・身がい手帳 級      ・精神手帳 級      ・療育手帳 級	
現在の利用サービス	<input type="checkbox"/> 通所介護 週( )回(事業所名： ) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ 週( )回(事業所名： ) <input type="checkbox"/> 訪問介護 週( )回(事業所名： ) <input type="checkbox"/> 訪問看護 週( )回(事業所名： ) <input type="checkbox"/> 住宅改修箇所 箇所(特記事項： ) <input type="checkbox"/> レンタル用品( ) <input type="checkbox"/> その他( )	
居宅介護支援事業所	・事業所名( ) 担当者名( ) 電話番号( )	
入居希望日	・平成 年 月 日頃	

※( )内等ご記入ください。また、当てはまるにチェックを入れてください。

※健康診断書を添付して下さい。(6か月以内であれば、コピーでも可)