



## (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 年 月 日

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	生年月日
利用者氏名		<input type="checkbox"/> 女	<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( )		
	・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	・ 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)