

グループホーム ふたばの森 利用申込書

(認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護)

申込年月日	令和 年 月 日
-------	----------

いりかな 利用者氏名		男・女	生年 月日	明・大・昭 年 月 日 歳
利用者住所	郵便番号		電話番号	

ご本人の様子・入居申込の理由

ご家族さま連絡先（緊急時連絡先）

	氏名	年齢	続柄	連絡先・勤務先等	電話番号（携帯電話）
1					
2					
3					

介護 保険 証	被保険者番号		保険者名称	新居浜市
	申請時介護度	要支援2・要介護1・2・3・4・5	保険者番号	382051
	居宅介護支援事業所		居宅電話番号（担当）	

※介護保険証のコピーを添付してください。

主治 医	医療機関名		電話番号	
	診療科名		病名	
	医師名		服薬状況	

※本申込書の提出にあたり利用に関する説明を受け、次のことについて同意します。

1. 利用希望者の「介護認定調査に関する情報」を新居浜市から得ること。
2. 利用希望者の「介護サービスの利用（ケアプラン）」に関する情報を居宅支援事業所等から得ること。
3. 新居浜市から要求があった場合、この申込情報を新居浜市へ提供すること。

申込者 住所：

(身元引受人) 氏名： 印 続柄： 電話：

緊急連絡先：