

グループホーム もみの樹 入居申込書

受付年月日 令和 年 月 日

受付者

受付NO

| | | | | | | | | | | | |
|------------|------|----|----|-------|-------|-------|-------|----------|---|------|--|
| 入居者 | フリガナ | | 性別 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日生(才) | | | | |
| | 氏名 | | 印 | 男・女 | TEL | -()- | | | | | |
| | 郵便番号 | 〒 | - | 主治医 | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | | |
| | 認定期間 | 令和 | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 | 要介護度 | |
| 申込者 | フリガナ | | 続柄 | | 年齢 | | 才 | | | | |
| | 氏名 | | 印 | TEL | -()- | | | | | | |
| | 郵便番号 | 〒 | - | 携帯電話 | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業者名 | | | | | | | | 介護支援専門員名 | | | |

(入居申込理由)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

(通院等の状況等)

| | | | | |
|----------|--------|---|---|---|
| 通院 有・無 | 病院名 | | | |
| 入院・施設入所 | 病院・施設名 | | | |
| 入院・入所日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 退院・退所予定日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| (備考) | | | | |

※病院名は、複数受診している場合は、全てご記入願います。
 ※入居については、決定次第ご連絡いたします。

社会福祉法人 高瀬会 グループホーム「もみの樹」

(連絡先)0735-72-3322
 (FAX) 0735-72-0500