

平成 年 月 日

認知症対応型共同生活介護（高齢者グループホーム）「横浜ゆうゆう」入居申込書

入居希望者	ふりがな		男 女	生年月日	M・T・S 年 月 日			
	氏名				(歳)			
	住所	〒						
	介護保険証	被保険者番号						
		要介護度	1	2	3	4	5	申請中
認定有効期間		平成	年	月	日	より		
		平成	年	月	日	まで		
申込者	氏名					続柄		
	住所	〒						
	連絡先	TEL						
		FAX						
携帯電話								
契約居宅介護支援事業所	事業所名称							
	住所	〒						
	連絡先							
	担当介護支援専門員名							
入居理由								
身体状況	機能障害の有無	無・有	()					
	既往症の有無	無・有	()					
	使用薬の有無	無・有	()					
	アレルギーの有無	無・有	()					
	その他	()						
認知症	診断名				診断日	S・H	年 月 日	
	具体的な症状							
備考								

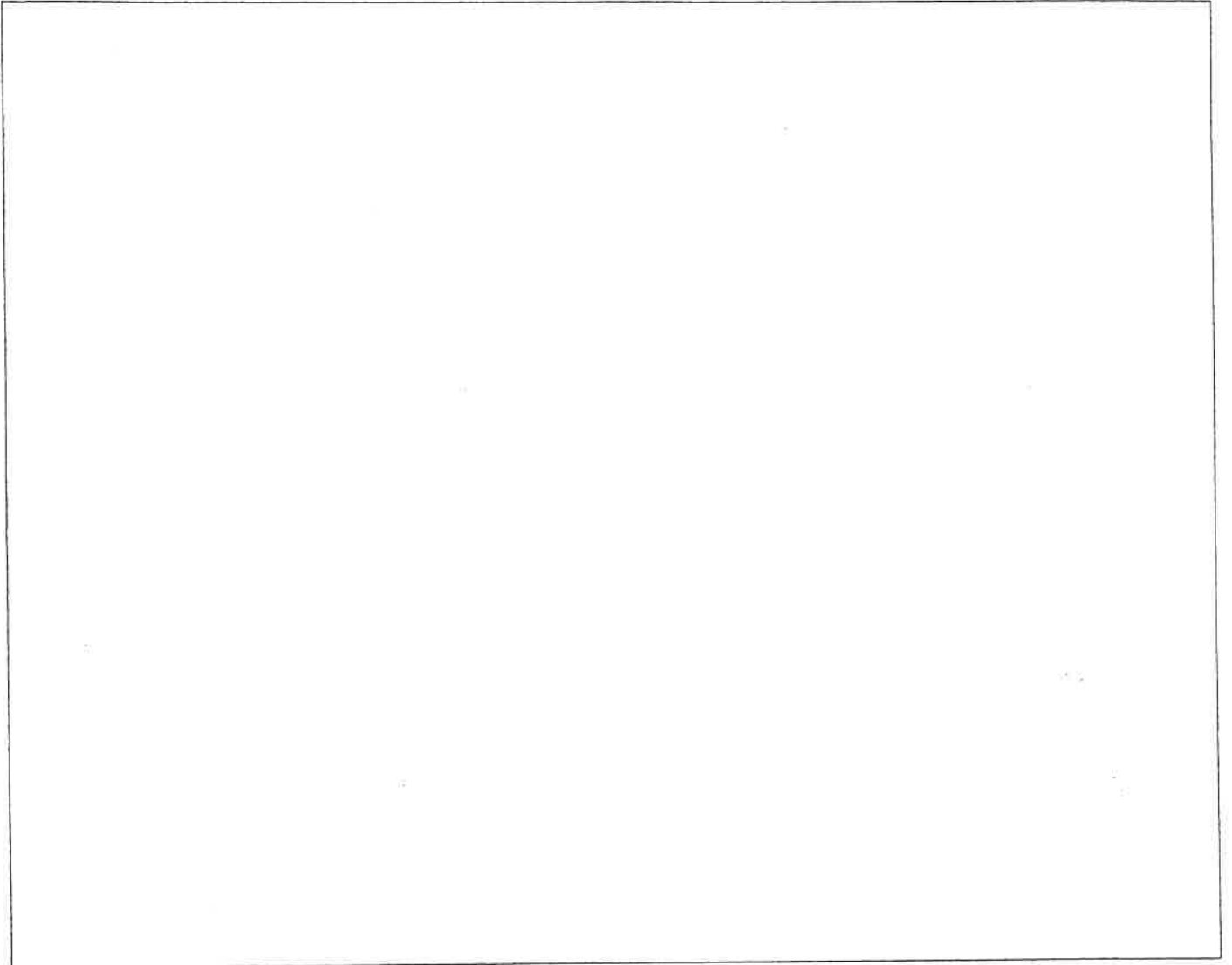
添付書類

介護保険証の写し

認知症の診断を受けている書類の原本（健康診断書、診療情報提供書など）

自宅周辺の地図

【自宅周辺図】



*ご自宅および周辺の、目印となる建物などの記入をしてください。

【備考】