

グループホーム^{なごみ}和 入居申込書

入居対象となる人

住所	〒		
※薩摩川内市に住所がないとご利用になれません。			
氏名 ^{フリガナ}	生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)	
介護度	電話番号		
※要支援2から要介護5までの方が対象となります。			
現在利用中の施設	在宅・デイサービス・デイケア・老健・療養型施設・養護老人ホーム		
	高齢者専用住宅・他のグループホーム・その他 ()		
治療中の病気及び 今までにした病気			
※認知症は病名ではありませんが、医師の診断で認知症であることが証明されないとご利用になれません。			

申込みをされる人

住所	〒		
氏名 ^{フリガナ}	続柄		
連絡先1	連絡先2		
※入居のお知らせを確実に受けることができる方をお願いします。			

担当されるケアマネジャー

事業所名	ケアマネ氏名
	電話番号

平成 年 月 日

社会福祉法人 白寿会
グループホーム 和
理事長 鎌田実徳 殿

上記のとおり、認知症対応型共同生活介護事業所グループホーム和への入居を希望します。
なお、申込みにおいて下記の書類をあわせて提出いたします。

- 1 医師の診断書（認知症であることが確認できるもの）
- 2 介護保険被保険者証の写し

以上

申込み者氏名

⑨

※申込みいただき有り難うございます。今後、グループホーム和から近況等をお尋ねする場合もあると思いますがその際は、ご協力をお願いいたします。

※お問い合わせはお手数ですが0996-22-0753までお願いいたします。

担当：米次、小田原