社会福祉法人　江寿会　グループホーム入所申込書

別紙　1

グループホームに入所を申し込みます。（複数可）

申込先　　□江上　　□権常寺　　□天神

◎　入所申込者					
（フリガナ）		性　別	被保険者番号		
氏　名	印	男・女	要　介　護　度	支援2・1・2・3・4・5	
生　年	明治　　大正　　昭和		認定有効期間	年　　月　　日から	
月　日	年　　月　　日　　歳			年　　月　　日まで	
現住所	〒　　－				

◎　入所申込者の状況	
現　況	□自宅で一人で暮らしている　□自宅で家族と暮らしている　□施設や病院に入っている
	施設名、病院名　　所在地
	入所、入院時期　　年　　月　から入所　・　入院　している
申込理由 （複数可）	□介護する者がいないため。理由（□就労　□独居　）
	□介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」、等により十分な介護が困難なため。
	□介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。
	□居住環境の事情により十分な介護が困難なため。
	□施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。
	□その他（
認知症の主な症状	□記憶障害（軽　中　重）　□徘徊　□不穏　□興奮　□暴力　□幻覚　□妄想　□昼夜逆転
	□不潔行為　□その他
	【現在治療中の病気・特記事項】
その他	居宅支援事業所　　担当CM
	利用中のサービス
	かかりつけの病院（主治医）

◎　主たる介護者				
（フリガナ）		性　別	本人との関係	区　分
氏　名		男		□同居　　□別居
		女		＊別居の場合　　県　　町

連絡先　（お部屋が空きましたら連絡を入れさせていただきます）

〒　　－ 住所	氏　名
	本人との関係
電話番号	

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日
有効期限	令和	年	月	日

＊申し込みの有効期限は1年間となります。
＊更新時は、ご連絡ください。
＊他施設に入られた際は、ご連絡下さい。