

利用申込書

社会福祉法人日浦会 御中

申込希望先にし点チェック

<input type="checkbox"/>	① グループホーム レーブそとめ弐番館
<input type="checkbox"/>	② グループホーム ルミエール雪浦

申込人（保証人） 利用者との続柄： _____
〒 _____

住所： _____

氏名： _____ (印)

TEL： (自宅) _____ - _____

(携帯) _____ - _____

上記希望先へ、注意事項の確認と理解をしたうえで次の理由により利用申込みをいたします。また、申込みにあたり、必要な診療情報等を提供し、提供した情報を貴法人で利用することに同意します。

理由												
	利用者	フリガナ				性別	生年	年	月	日		
氏名					男	女	月日	年齢 () 歳				
基本事項	現況	<input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 入院	病院・施設名： _____								
		<input type="checkbox"/> 施設	入院・入所日： _____ 年 月 日									
住所	〒 _____	<input type="checkbox"/> 申込人と同じ			電話番号							
					(携帯)	-	-					
家族構成	氏名	続柄	住所				電話番号					
利用者保険事項	介護保険	要介護	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 申請中				
		要支援	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	負担割合証 () 割			<input type="checkbox"/> 区変中				
	有効期限	年 月 日 ~					年 月 日					
	負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 有 () 段階			<input type="checkbox"/> 無		年 月 日申請					
健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証		<input type="checkbox"/> 国保		<input type="checkbox"/> 社保							
	<input type="checkbox"/> 共済		<input type="checkbox"/> 生活保護		<input type="checkbox"/> その他 ()							
公費	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 被爆者健康手帳		<input type="checkbox"/> 被爆者体験者精神医療受給者証					<input type="checkbox"/> 無			
		<input type="checkbox"/> 生活保護		<input type="checkbox"/> その他 ()								
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有	障害名「 _____ 」					級	種	<input type="checkbox"/> 無			

【注意事項】 ADL（摂食・着脱衣・排泄・移動など、人間の基本的な日常生活動作）の低下等により、グループホームでの自立した生活が困難になる場合があります。その際には、ご相談のうえ必要な支援・援助を行ないます。