

愛東の杜グループホーム 利用申込書

申込日		年 月 日		お問い合わせ・お申込み..... 社会福祉法人 日野友愛会 認知症対応型共同生活介護 愛東の杜 〒527-0162 東近江市妹町1026番地 TEL0749-46-8800 FAX0749-46-8181		
申込者連絡先	ふりがな		続柄			
	氏名					
	住所	〒				
	電話番号					

本人の状況	ふりがな		性別	保険者(番号)								
	氏名		男・女	被保険者番号								
	生年月日	大・昭 年 月 日(満 歳)			要介護度	1・2・3・4・5						
	要介護認定期間	年 月 日から 年 月 日まで										
	自宅住所	〒				電話番号						
	現在の居所 ※自宅以外に居住している場合に記入	☐ 自宅で単身 ☐ 高齢者のみの世帯 ☐ 自宅で家族と暮らしている ☐ 他の地域や病院に入っている										
		施設・病院の名称					所在地	〒				
		入所又は入院期間	平成 年 月から(年 か月				電話番号					
	利用申込理由	☐ 介護する者がいないため										
		☐ 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										
		☐ 介護する者が就労していることから(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため										
		☐ 介護する者の身体的、精神的負担が大きく十分な介護ができないため										
		☐ 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため										
		☐ 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困難なため												
☐ 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的に負担が大きいため												
本人の利用意向	☐ 利用を希望している ☐ 迷っている ☐ 拒否している ☐ 知らせていない ☐ 認知力低下により理解困難											
	居宅サービスの利用の有無	☐ なし ☐ あり ()										
居宅支援事業所					担当ケアマネジャー名							