



# グループホーム稲城わかば 申込書

申込日：令和 年 月 日

〈お申込者様〉

ふりがな		続柄	年齢	同居の有無
氏名				有・無
住所	〒 -			
電話	-	-	携帯電話	
FAX	-	-	-	-

〈ご入居予定者様〉

ふりがな		性別	生年月日	年齢	
氏名		男・女	大正・昭和 年 月 日		
住所	〒 206 - 東京都稲城市				
介護認定	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 有効期限： 年 月 日～令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 更新申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 (申請日 月 日)				
介護保険負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	生活保護受給の有無	有・無		
居宅介護支援事業所名		担当ケアマネジャー名			
認知症診断の有・無	有・無	診断名			
医療機関名		主治医名	先生		
現在状況	在宅生活中	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 利用介護サービス：			
	入所中	施設名：	期間：	年 月 日～	
	入院中	病院名：	期間：	年 月 日～	
既往歴	時期	病名	医療機関名	主治医	現況
					完治・治療中・経過観察・( )
					完治・治療中・経過観察・( )
入院歴	3ヶ月以内・1年以内・3年以上前	手術歴		服薬	有・無
≪入居希望理由等≫   					

※この情報は稲城市と共有致します。