

グループホーム かわばた荘 入居申込書

申込年月日	年	月	日
-------	---	---	---

入居対象者

フリガナ		男 女	生年 月日	明 大 昭 年 月 日
氏 名				
住 所			電話番号	

入居申込の理由

入居対象者の介護保険

被 保 険 者 番 号										保 険 者		市・町・村
居宅介護支援事業所									保 険 者			
要 介 護 度	要支援 2 要介護 1 2 3 4 5								番 号			

家族（扶養義務者）等の連絡先

No.	氏 名	年 齢	続 柄	住 所	電 話 番 号
1					
2					
3					
4					

主治医

医療機関名		電 話 番 号	
医 師 名		病 名	
医療機関名		電 話 番 号	
医 師 名		病 名	

申 込 者 住 所 _____

(家族代表者)

氏 名 _____ 印 続柄 _____

電 話 番 号 _____

※「主治医意見書」と「介護保険者証」の写しを添付してください