

利 用 申 込 書

令和 年 月 日

医療法人 春 香 会
グループホーム 桐の家
施 設 長 殿

申込者：氏名
住所
電話
利用者との続柄

印

下記のとおり、グループホーム桐の家の利用を申し込みます。

利用者	氏名			男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日		
	住所						電話				
身元引受人	氏名			続柄	生年月日	T・S	年	月	日		
	住所						電話				
	勤務先						電話				
利用料支払者	氏名			続柄	生年月日	T・S	年	月	日		
	住所						電話				
	勤務先						電話				
要介護度		介護保険有効期限			年	月	日	～	年	月	日
居宅介護支援事業所					ケアマネージャー						
ご利用希望のサービス	入所・通所	短期	令和 年 月 日～令和 年 月 日								
	短期入所 (○を付ける)	短期 通リハ	月・火・水・木・金			送迎	施設・家族				
理由											
現在の状況	1 自宅で生活：主な介護者は誰ですか() 2 入院中：病院名() 期間() 3 施設入所中：施設名() 期間() 4 その他：()										
同居中のご家族の有無	お名前	続柄	年齢	お名前	続柄	年齢					
病院等の状況	現在受診している担当医師…() 現在飲んでいるお薬の種類…()										
退院後の予定	1 自宅にて介護：主治医() 病院名() 2 施設への入所：施設名() 年 月 日から 3 訪問看護 4 訪問介護 5 その他()										