

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

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			ケアマネジャー				
ご利用希望のサービス	入所・通所短期入所 (○を付ける)	短期 通り八	令和 年 月 日～令和 年 月 日				
			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()						