医療法人社団　敬愛会

グループホーム 敬愛アネックス 入居申込書

入居条件 福島市民に限る
要支援2・要介護1～5

申込日　　年　　月　　日

利用希望者	ふりがな		性 別	男　女	
	氏 名		生年月日	大正　昭和 年　月　日生	
	住 所	〒	電話番号		
申込者	ふりがな		性 別	男　女	
	氏 名		続 柄		
			自宅電話番号		
	住 所	〒	携帯電話番号		
申込理由					
緊急連絡先 第一連絡先	氏 名		続 柄		
	住 所	〒	自宅電話番号		
			携帯電話番号		
緊急連絡先 第二連絡先	氏 名		続 柄		
	住 所	〒	自宅電話番号		
			携帯電話番号		

介護保険	被保険者番号		保険者	認定日	年　月　日	
	介護度	要支援2　要介護1　要介護2　要介護3　要介護4　要介護5				
	認定有効期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日 まで				
	ケアマネージャー	氏 名	事業所		電話番号	
	利用中のサービス	事業所名	回/週	利用中のサービス	事業所名	回/週
	通所（デイ）			訪問介護		
	通所リハビリ			訪問看護		
	短期入所			その他		

健康保険	後期高齢 国保　社保　共済　その他（　）	番号		
	医療限度額適用・標準負担額減額認定証	無 ・ 有 （区分 Ⅰ Ⅱ）		
年金種類	老齢　国民　厚生　共済　遺族　国民　厚生　共済	金額　円		
現在の居所	自宅（単身・同居）			
	施設名		年　月から入所・入院中	
	病院名			
かかりつけ医	医療機関名	医師名	電話番号	

（意向・要望などがあればご記入ください）