

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	
	住所	〒	自宅電話番号 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	
		氏名		続柄	
	第二連絡先	住所	〒	自宅電話番号 携帯電話番号	
		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)		年 月から入所・入院中
	施設名		
	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)