

グループホーム「薬師のさと」 利用申込書

令和 年 月 日

グループホーム薬師のさと 統括施設長様

私は、グループホーム「薬師のさと」の利用を希望するので申し込みます。

申請者 氏名 _____ 印

利用希望者	ふりがな				明治・大正・昭和		
	氏名				生年月日 年 月 日 (歳)		
	住所				電話番号		
ごく近い親族か身元引受人	氏名	住所	続柄	連絡先			
要介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険被保険者証	有効期限 : 年 月 日 番号 :						
ケアマネージャー 介護支援専門員	事務所名 :			担当者名 :			

※ 添付書類 介護保険証(写)

※ ご利用に際して、ご本人の状態等お伺い致します。認知症の症状や日常生活動作(ADL)の状態によってご利用できない場合がありますので、ご了承下さい。