

**認知症対応型共同生活介護(グループホーム)  
「ひかり長屋」入居利用申込書**

令和 年 月 日

申込者 住所 〒 ー

TEL: ( )

氏名

印

(続柄 )

フリガナ 利用者氏名	男 : 女	
	明治・大正・昭和 年 月 日 歳	
住所	〒 ー TEL: ( ) FAX: ( )	
健康保険	国保・退職者国保・政府管掌・組合健保・共済・老人・生保・他【      】	
介護保険 被保険者番号		
介護認定	1・2・3・4・5	介護認定期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
ケアマネージャー 未定の場合は無記入	氏名 所属機関	No、 TEL: ( )
フリガナ 保証人氏名	(続柄 )	
保証人住所	〒 ー TEL: ( ) FAX: ( )	
勤務先	TEL: ( )	
緊急連絡先	【昼】氏名	TEL: ( )
	【夜】氏名	TEL: ( )
希望期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
現在の状況	1、在宅 2、入院中 医療機関名【      】 年 月 日 ~ 3、施設利用中【      】 年 月 日 ~	

**《注 意 事 項》**

- ※ 申込者は、ホームに面接においてになる方を記入して下さい。
- ※ 保証人は、請求書の送付先をお書き下さい。
- ※ 緊急連絡先は、ご自宅以外の場所をお書き下さい。〔携帯電話番号でも可〕

令和 年 月 日 管理者 岩間佐知子 が受理致しました。

担当スタッフ名

印