

グループホームふれあい入所申込書

申込日	年 月 日
-----	-------

グループホームふれあい 施設長 殿
 申込者（連絡先）

住所	〒	携帯番号 電話番号
(フリガナ) 氏名		続柄（入所希望者との関係） ()

グループホームふれあいへ入所したいので、申し込みます。

入 所 希 望 者 の 状 況	(フリガナ)		性別	男 ・ 女
	氏名			
	現住所	〒 _____		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	電話番号	
	健康保険	<input type="checkbox"/> 国民保険(後期) <input type="checkbox"/> 社会保険(扶養) <input type="checkbox"/> 共済保険(扶養) <input type="checkbox"/> その他()	被保険者番号	
	年金等	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 船員年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 無受給		
	身体障害者 手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (障害名) 交付 年 月 日 判定 級 種		
	介護保険	被保険者番号	保険者名(市町村)	石巻市
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 (認定期間) 年 月 日 ~ 年 月 日		
	現在利用し ている施設 サービス等	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所(入居)している <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている (施設又は病院に入居・入院している場合)		
	施設名又は病院名			
	(所在地)	市・区・町・村		
	入所又は入院期間	年 月 日 ~		
主治医	病院名	主治医名	電話番号	

※申込の際には、介護保険被保険者証(写し)、直近3ヶ月分のサービス利用票及び別表の(写し)を添付してください。

※グループホームふれあいは、石巻市(石巻市の被保険者)に住所がある方が対象となります。