

まどか園 認知症高齢者グループホーム利用申請書

年 月 日

社会福祉法人正久福祉会  
グループホーム まどか園 様

申請者 住所  
氏名 印  
(対象者との続柄 )

グループホームを利用したいので、次のとおり申請します。

|           |           |                     |                    |       |              |     |    |
|-----------|-----------|---------------------|--------------------|-------|--------------|-----|----|
| 対象者       | 氏名        |                     | 生年月日               | 明・大・昭 | 年            | 月   | 日  |
|           | 住所        |                     |                    |       |              |     |    |
| 保険者番号     |           |                     | 被保険者番号             |       |              |     |    |
| 要介護度      |           |                     | 認定有効期間             | 令和    | 年            | 月   | 日～ |
| 健康状態      | 現在の状況     | 歩行状態                | 自立・杖歩行・車椅子         | 食事    | 普通食・粥・刻み     |     |    |
|           |           | 睡眠状態                | 良眠・昼夜逆転・眠剤服用       | 排尿・排便 | 自立・はくパンツ・オムツ |     |    |
|           |           | その他：認知症状により困っていること等 |                    |       |              |     |    |
| 身体障害者手帳   |           | 1 有 障害名( ) 2 無      |                    |       |              |     |    |
| CM        | 居宅介護支援事業所 |                     | 担当ケアマネ             |       |              |     |    |
| 主治医       |           | 医療機関名               |                    | 電話番号  |              |     |    |
|           | 往診の可否     | 可・否                 | 否の場合、提携医療機関への依頼の可否 |       |              | 可・否 |    |
| 介護者       | 氏名        | 続柄                  | 住所                 | 電話番号  |              |     |    |
|           |           |                     |                    | —     |              |     |    |
| 連絡先       | 氏名        | 続柄                  | 住所                 | 電話番号  |              |     |    |
|           |           |                     |                    | —     |              |     |    |
| 利用開始希望年月日 |           | 令和 年 月 日            |                    |       |              |     |    |