認知症対応型共同生活介護事業所入居申込書

令和　　年　　月　　日

グループホームかぐらばし様

［ 申請者 ］

〒
住　　所

氏　　名

電　　話

下記の通り、認知症対応型共同生活介護事業所の入居についての申し込みをいたします。

入居希望者	ふりがな				
	氏　名		性別	男	女
	生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日 生　　歳			
	住　所	〒	電話		
	介護認定日	令和　　年　　月　　日			
	介護認定期間	令和　　年　　月　　日	～	令和　　年　　月　　日	
	介護度		特記		

☐介護保険被保険者証　　☐後期高齢者医療被保険者証　　のコピーを添付

身元保証人	ふりがな				
	氏　名		性別	男	女
	生年月日				
	住　所	〒	電話		
	利用者との関係		携帯電話		

担当支援専門員	事業所名			
	氏名		電話	
	携帯電話		FAX	
	連絡先			