

竹の里園グループホーム 入所申込書

申し込み日 年 月 日

ご本人様について

被保険者番号		生年月日	年 月 日 () 歳
フリガナ		電話番号	
氏 名	®	認知症の有無	有 ・ 無
住 所	〒	要支援	要支援 1 ・ 2
		要介護	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
同居者の有無	無 ・ 有 ()	性 別	男 ・ 女
担当ケアマネージャー	氏名：	事業所：	

※和歌山市在住で認知症の診断を受けた要支援2から要介護5の方が対象です

医療について

主治医	医師：	医療機関：		
既往歴 (過去にか かったこと のある大き な病 気)	いつ頃	病名	医療機関	治療 (服薬や受診など)
医療行為の必要	必要なし ・ 必要あり () 具体的に			

申込者 ※申込者をご本人様の場合は緊急連絡先のご家族を記入してください。

フリガナ		電話番号	ご自宅
氏 名	®		携帯電話
住 所	〒	続柄	

以上、竹の里園グループホームへ入所したいので申し込みます。