

入居申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人恵和福祉会

アメニティ美幌あさひグループホーム

管 理 者

申込者氏名 印

対象者との関係

住 所

電話番号

・ グループホームの入居を申し込みます。

対象者氏名		男・女	MTS	年	月	日生	歳
現住所	電話						
介護保険情報	要介護度	要介護 1 2 3 4 5					
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
	居宅介護支援事業所名						
主治医等	主治医氏名		病名				
備 考							

・ 申込みにあたって、対象者の状況を担当の介護支援専門員に確認することに同意致します。

令和 年 月 日

対象者氏名 印

代理人氏名 印