

# グループホーム 入居申込書

申込日 年 月 日 担当者

|            |                                                                   |                                                                               |       |         |
|------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|
| 入居<br>申込施設 | ヒューマンライフケア 立川グループホーム                                              |                                                                               |       |         |
| 入居<br>希望時期 | <input type="checkbox"/> 空室あり                                     | 入居予定日 年 月 日                                                                   |       |         |
|            | <input type="checkbox"/> 空室なし（待機希望）                               | <input type="checkbox"/> 空室が発生したらすぐに入居を希望します ※空室が発生し場合に優先して入居のご案内をさせていただきます   |       |         |
|            | <input type="checkbox"/> 空室なし（待機希望）                               | <input type="checkbox"/> 入居の時期は検討中だが入居を希望します ※空室状況や入居時期等の確認のご連絡を定期的にさせていただきます |       |         |
| 入居<br>希望者  | 要介護度                                                              | 要支援 2 / 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 申請中 ・ 区変中（以前の介護度： ）                           |       |         |
|            | （フリガナ）<br>氏名                                                      |                                                                               |       |         |
|            | 生年月日                                                              | 大正 / 昭和 年 月 日<br>（ 歳）                                                         | 性別    | 男性 ・ 女性 |
|            | 住所                                                                | （ 独居 ・ 同居 ）                                                                   |       |         |
|            | 電話番号                                                              |                                                                               |       |         |
|            | 現在の居住場所                                                           | （ 自宅 ・ 病院 ・ その他： ）                                                            |       |         |
|            | 電話番号                                                              |                                                                               |       |         |
|            | 年金の種類                                                             | 国民 ・ 厚生 ・ 船員 ・ 共済 ・ その他                                                       | 年金受給額 | 円 / 年   |
| 申し込み<br>理由 | <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため                              |                                                                               |       |         |
|            | <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障がい」、「疾病」等により十分な介護が困難なため     |                                                                               |       |         |
|            | <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため |                                                                               |       |         |
|            | <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため          |                                                                               |       |         |
|            | <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため         |                                                                               |       |         |
|            | <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため                    |                                                                               |       |         |
|            | <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難なため          |                                                                               |       |         |
|            | <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため    |                                                                               |       |         |
|            | <input type="checkbox"/> その他（ ）                                   |                                                                               |       |         |
|            | 認知症の症状や困りごと                                                       | ※医師の診断書等で認知症の確認をさせていただきます。                                                    |       |         |

