ヒューマンライフケア　グループホーム仮申込書

年　　月　　日

希望事業所	立川グループホーム		入居希望日	令和　　年　　月　　日		
入居予定者	フリガナ		性別	男・女	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日（　　歳）
	氏名					
	住所				電話番号	（　　）　　－
	現在の居住場所				電話番号	（　　）　　－

申込理由				
現在ご利用のサービス				
要介護度	要支援　2　／　要介護　1・2・3・4・5			
身体状況	歩行		具体的な認知症状	
	食事			
	排泄			
	入浴			
	着脱			
	服薬管理		※医師の診断書等で認知症の確認をさせていただきます	
疾病状況	その他疾病		感染症	□有（病名：　　）□無
	服薬状況 ※処方箋コピー可			
主治医	病院名		医師氏名	
	連絡先		診療科目	
金銭状況	生活保護	受給　有・無		
	年金種別	国民・厚生・船員・共済・その他（　　）		
	年金受給額	年額　　円	本人管理	可・不可
身元引受人	氏名	㊞	続柄	
	住所		電話番号	（　　）　　－

上記の仮申込を行います。また、個人情報の取り扱いについて、下記に同意いたします。

申込者氏名	㊞	入居予定者との関係	

【個人情報の取り扱いについて】
入居予定者へ安全且つ円滑なサービスを提供するために個人情報を利用いたします。
法令に基づく場合及び本人、公衆の生命、健康、財産を脅かす可能性がある場合を除き、
本人の同意を得ること無く他の利用者及び第三者に提供することはありません。
個人情報を第三者に委託する場合には、当社の厳正な管理の下で行います。
提供頂きました個人情報の開示、訂正、削除はお問合せください。

【仮申込についてのお問合せ先】
ヒューマンライフケア
立川グループホーム
東京都立川市錦町 3-8-10
TEL：042-526-5022
FAX：042-526-6552