

入園・見学 希望申込書

【記入日】 平成 年 月 日

グループホーム望海荘
施設長様

住所	〒
フリガナ	
氏名	
本人との関係	
電話番号	

本人の状況	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日生	
	住所	〒 -			
	現住所 居住期間	大・昭・平 年 月 ~ 大・昭・平 年 月			
	本籍				
	健康状態	※下記の事項の中で該当する箇所にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 自炊ができない程度の身体機能の低下がある <input type="checkbox"/> 自炊ができない程度の身体機能の低下があり、常時介護を要する。			
	介護サービス 利用状況等	※下記の事項の中で該当する箇所にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 受けている (現在の要介護度※受けている方のみ記入してください) <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 受けていない			
	※具体的に記入してください。 (現在治療中の病気・持病等) (かかりつけの病院等) (日常服薬している薬の種類)				

世帯の状況	※下記の事項の中で該当する箇所にチェックをつけてください。 ・同居者（同一敷地内に居住する者を含む） <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し				
	氏名	続柄	年齢	現住所	
保証人(予定)	ふりがな			生年	大・昭・平
	氏名			月日	年 月 日 (歳)
	住所	〒 — 電話 ()			
緊急時の連絡先	氏名			電話	()
	住所			続柄	
	氏名			電話	()
	住所			続柄	
	氏名			電話	()
	住所			続柄	