

『グループホーム悠縁』入居申込書

令和 年 月 日

【入居者】

住所	(〒 -)				
ふりがな氏名			TEL		
生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢
生活形態	1. 一人暮らし 2. 夫婦のみ 3. 家族と同居 4. その他()				
現在の生活場所	1. 自宅 2. 一般病院 3. 特別養護老人ホーム 4. 老人保健施設 5. 療養型病床群 6. 有料老人ホーム 7. その他()				
	病院名 または 施設名				
要介護状態	要支援2 ・ 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 申請中(年 月 日)				
担当相談員	所属機関			ソーシャルワーカー ・ 介護支援専門員 その他()	
	ふりがな氏名			TEL	

【申込者】

住所	(〒 -)				
ふりがな氏名			TEL		
			携帯		
生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢
				続柄	

※ 上記各項目にご記入いただき、FAX または郵送にてお申込みください。

※ 不明な箇所は空欄でも問題ありません。

※ 受付後、担当者から連絡させていただき、ご説明・面接等を行います。

〒496-0908 愛知県愛西市甘村井町勘十田割21番地2 グループホーム悠縁

TEL 05677-24-7377 / FAX 0567-24-7405