

グループホーム マイライフ徳丸 利用申込書

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護

記入日 平成 年 月 日

申込者	(フリガナ) 氏名	第1連絡先	
		第2連絡先	
	〒 住所	続柄	

利用希望者	(フリガナ) 氏名	年齢 歳	性別 男・女	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日
	〒 住所 板橋区	現在の居住場所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	要介護区分	支援2・要介1・2・3・4・5・申請中	認定日 平成 年 月 日	
	被保険者番号	有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
	認知症タイプ	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管性型 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
	認知症状態	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
	制度利用状況	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 地域福祉権利擁護事業 <input type="checkbox"/> 成年後見制度 <input type="checkbox"/> 高額介護サービス費該当 <input type="checkbox"/> 公費負担医療		
利用中サービス	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他 ()			

担当ケアマネジャー	事業所名	
	担当ケアマネジャー	電話番号

