

グループホーム「すきっぷ」 仮申込相談受付書

<申込者>

平成 年 月 日

氏 名	(対象者との続柄)	
住 所	〒	
連絡先(昼間)	(名称)	(電話)
連絡先(夜間)	(名称)	(電話)
連絡先(携帯)	(名称)	(電話)

<対象者>

ふりがな			性別	生 年 月 日	
氏 名			男	明治	年 月 日
電 話 番 号			女	大正	年 月 日
住 所					
現在入所 入院中の施設	(名称)		(電話)		
	(担当ソーシャルワーカー)				
介 護 申 請	☐ 申請済 (要介護度) ☐ 申請中 (月 日申請) ☐ 申請していない				
居宅介護支援事業所	(名称) (担当ケアマネージャー) (担当ソーシャルワーカー)				
健 康 状 態	☐ 良好 ☐ 治療中 通院(月 回) 往診(月 回)		主治医 病院 科 DR 主治医 病院 科 DR 障害手帳 ☐ 無 ☐ 有 (級)		
	(医師からの告知病名)		(アレルギー)		
			☐ 無 ☐ 有 (薬物) (食物)		
ご 希 望	☐ ☐ その他				
特 記 事 項					

お申し込みはグループホーム「すきっぷ」問い合わせ係

電話 054-620-9335

FAX 054-620-9336

※申込書到着次第ご連絡させていただきます