

株式会社ソルヘム 陽だまりの家グループホーム 共通入所申込書

受付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用希望（事業所）	所在地	電話番号	備考	受付担当者
<input type="checkbox"/> 陽だまりの家 とうはく	東伯郡琴浦町大字徳万70-1	0858-53-0695	琴浦町民に限る	
<input type="checkbox"/> 陽だまりの家 ことうら	東伯郡琴浦町大字逢東123-1	0858-52-1234	琴浦町民に限る	
<input type="checkbox"/> 陽だまりの家 なかやま	西伯郡大山町塩津763-2	0858-58-3004	大山町民に限る	
<input type="checkbox"/> 陽だまりの家 いなおか	八頭郡八頭町船岡486-2	0858-72-6201	八頭町民に限る	

利用希望者	ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 生
	住所	〒 _____	電話番号	

入所理由

現在の介護保険及び利用状況	要支援 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	負担割合			割	
	ケアマネジャー 氏名	事業所	電話番号			
	利用中のサービス	事業所名	回/週	利用中のサービス	事業所名	回/週
	<input type="checkbox"/> 通所（デイ）			<input type="checkbox"/> 訪問介護		
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ			<input type="checkbox"/> 訪問看護		
<input type="checkbox"/> 短期入所						
<input type="checkbox"/> その他						

他施設への申込状況 現在、他施設へのお申込はありますか。差し支えなければ施設名もお願いします。
 申込あり（施設名： _____） 申込なし

入所時期の希望 今すぐ入所したい _____ 年 _____ 月 _____ 日頃入所したいです。 急いでいない（将来必要時）

申込者（代理人）	ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名		続柄	
	住所	〒 _____	自宅電話番号	
			携帯電話番号	
			FAX番号	

緊急連絡先	ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名		続柄	
	住所	〒 _____	連絡先①	
			連絡先②	
			FAX番号	

利用料等支払者	ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名		続柄	
	住所	〒 _____	自宅電話番号	
			携帯電話番号	
			FAX番号	
備考				

私（利用希望者本人及びその家族等）に関する情報を市町村、担当居宅介護支援事業所 他の介護施設及び医療機関から収集し、さらに関係機関に対し提供することに同意します。

年 _____ 月 _____ 日

利用者氏名

