

カナリヤグループホーム 利用申込み書

社会福祉法人 友 愛
カナリヤグループホーム
〒524-0051守山市三宅町833
TEL 077-581-1551
FAX 077-581-1581

平成 年 月 日

| | | | | | | | |
|---------------|----|-----|----------|---|---|---|---|
| 利用 希望 者 | 氏名 | 男・女 | 生年 月日 | 年 | 月 | 日 | 歳 |
| | 住所 | | 連絡 | | | | |
| 連絡先 | 氏名 | | 続柄 | | | | |
| | 住所 | | 連絡 | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--|--------|----------|------------|-----|-----|------|------|----|----|----|
| 居宅介護支援事業所 | | | | 担当ケアマネージャー | | | | | | | |
| 要 介 護 度 | | 認定有効期間 | 平成 年 月 日 | | | | | | | | |
| | | | 平成 年 月 日 | | | | | | | | |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | | | 正常 | J1 | J2 | A1 | A2 | B1 | B2 | C1 | C2 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | | | 正常 | I | IIa | IIb | IIIa | IIIb | IV | M | |
| サービス利用希望の理由（認知症の状態） | | | | | | | | | | | |

※ 「健康診断書」のコピーを添付して下さい