

事業所名：_____

受付日 年 月 日

認知症対応型共同生活介護事業所 入所申込書

入居申込み日 令和 年 月 日

申込者氏名	(ふりがな)		⑩	関 係	
住 所	〒				
連絡先	自 宅		携帯電話		
	勤務先		名 称		

本人 状 況	氏 名	(ふりがな)		性別	生年月日	年 月 日
	住 所	〒				
	介護保険	電話番号 ()				
		要介護度	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 ☐ 区分変更中 ☐ 未申請			
		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	担当介護支援専門員	事業所名			担当者	
	認知症診断	☐ あり ☐ なし		診断名		
診断者		病院名		診断医師名		
現 状	☐ 一人暮らし ☐ 夫婦2人暮らし（高齢者世帯） ☐ 家族と暮らしている ☐ 施設で暮らしている（施設名） () ☐ デイサービスを使っている (週 回) ☐ 訪問介護を使っている (週 回) ☐ 小規模多機能を使っている (週 回) ☐ ショートステイを使っている (週 回) ☐ その他 () (週 回)					
申込み理由						

入居に係る情報収集について、同意します。

令和 年 月 日 申込み者 ⑩

入居希望者 ⑩