

グループホーム花小町もろえ ご利用申込書

〒920-0016 金沢市諸江町中丁154番地1
TEL:076-214-7007 / FAX:076-222-1440

(お分かりになる範囲内で結構です)

申し込み日	平成 年 月 日
申込者	様 続柄()

お名前	様 (男・女)
生年月日	明・大・昭 年 月 日生 (歳)
ご住所	〒 -
TEL	()
現在お住まいの場所	
介護認定	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)
担当ケアマネージャー	事業所名 : お名前 : 様
	: () Fax : ()
現在利用のサービス	訪問介護・デイサービス・ショートステイ・福祉用具貸与・その他()
健康・生活状況	移動(歩く・杖・手押し車・歩行器・車椅子)
	排泄(自立・一部介助・全介助)
	食事(自立・一部介助・全介助)
生活や介護をする上で特にお困りのこと	

ご家族のお名前	様 続柄()
ご家族のご住所	〒 -
TEL	自宅 : () 携帯 : ()

ご紹介者	事業所名
	お名前 様
	: () Fax : ()

* 尚、この申込書の有効期間は、申し込み日から1年間とさせていただきます。