

グループホームめぐり河野 入居申し込み書

(認知症対応型共同生活介護)

令和 年 月 日

* 認知症であることが証明できる書類を添付して下さい

入居ご希望者	(フリガナ)	男 ・ 女	明治 大正 昭和			
			年 月 日 (歳)			
ご 住 所	〒 (399-320) 豊丘村【電話】					
お申込者名	連 絡 先	【昼】 ()				
続柄		【夜】 ()				
【携帯電話】						
【入居ご希望の理由】						
【介護保険の認定状況】 無 ・ 有 (要支援 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)						
【現在の居宅介護支援事業所名】 居宅介護支援事業所 担当ケアマネージャー 電 話 番 号						
家族状況 (主たる介護者に○)		【入居希望者の現在の状況】 ・ 病院又は施設に入院 (所) 中 () ・ 現在通院中の病院 有 ・ 無 ・ 他の施設等申し込み状況等 ()				
	氏 名			続柄	歳	職 業
【入居希望者の日常生活の状況】		該当箇所を○で囲んで下さい。				
♪ 歩行器又は杖の使用は 有 ・ 無		♪ 車椅子の使用は 有 ・ 無				
♪ 座位は 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		♪ 食事は 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助				
♪ 排便は 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		♪ 排尿は 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助				
♪ 歩行は 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助						
♪ 会話が自由に 出来る ・ ゆっくり出来る ・ 出来ない						

申し込み期日： 月 日 ()

申し込み先：社会福祉法人ジェイエー長野会 みなみ信州地域事業本部

【担当：古田】までお申し込み下さい。

【☎】 0265-34-3535

【Fax】 0265-35-1803

ご家族 様

令和 年 月 日
社会福祉法人ジェイエー長野会

認知症高齢者グループホーム入居者申込書

日頃、当社会福祉法人ジェイエー長野会の福祉事業にご支援賜り厚くお礼申し上げます。
下記のように入居者申込書をお送りいたしますのでお願い申し上げます。

記

- 1、入居者募集事業所 認知症対応型共同生活介護（グループホームあぐり河野）
- 2、住 所 〒399-3201 豊丘村河野 1669-3
- 3、入居募集人員 認知症高齢者 9名
- 4、事業開始日 平成 18 年 2 月 1 日
- 5、入 居 費 介護度 2 の場合（1 ヶ月の入居費合計：128,830 円+
個人の諸経費）
┌ 家賃：45,000 円／食費：41,800 円
└ 水道光熱費：18,000 円／介護保険 1 割負担 24,300 円

上記に加え、初期加算（30 単位/日一か月のみ）
医療連携加算（37 単位/日）
サービス提供加算（6 単位/日）
認知症ケア加算（3 単位/日）
認知症対応型処遇改善加算Ⅱ
個人の諸経費（オムツ等）

以上