

入居申込書

申請日 令和 年 月 日

| | | | |
|-----------------------|---|--------------------------------|-------------------------------|
| 申込者 | ふりがな 氏名 住所 | (続柄) | 生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳) |
| | 〒 | | TEL (自宅) TEL (携帯) |
| ふりがな 入居者氏名 | | 男 ・ 女 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳) |
| 住所 | 〒 | | |
| 介護認定 | 自立 / 要支援 1 2 / 要介護 1 2 3 4 5 / 申請中 | | |
| | 介護保険被保険者番号 | 保険者番号 | 保険者の名称 |
| | 認定年月日 令和 年 月 日 | 認定の有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | |
| | 居宅介護支援事業所 | 担当ケアマネージャー | |
| 現況 | <input type="checkbox"/> 自宅で生活中 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 (同居家族氏名 : 続柄 : 年齢 : 歳) | | |
| | <input type="checkbox"/> 居宅サービス利用中 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー (週 回) <input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア (週 回) <input type="checkbox"/> その他 (| | |
| | <input type="checkbox"/> 病院に入院中 (病院名 : 入院期間 : 令和 年 月 日 ~) <input type="checkbox"/> 施設に入所中 (施設名 : 入所期間 : 令和 年 月 日 ~) | | |
| | 通院状況 | 医療機関名 | 現病 |
| 年金の種類 | • 国民年金 • 厚生年金 • その他 () 金額 | | |
| 利用料等の支払い | • 本人負担 • 一部本人負担 • 全額家族負担 本人以外が負担する場合 氏名 | | |
| 身元保証人 および 緊急連絡先 | ふりがな 氏名 | (続柄) | 生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳) |
| | 住所 | 〒 | TEL (自宅) TEL (携帯) |
| | 勤務先 TEL | | |
| | | | |
| 上記以外の 緊急連絡先 | ふりがな 氏名 | (続柄) | 生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳) |
| | 住所 | 〒 | TEL (自宅) TEL (携帯) |
| | 勤務先 TEL | | |
| 入居理由 | | | |
| 生活歴 (おいたち) | | | |
| 職歴 | | 趣味 | |
| 性格 | | 嗜好 | |