

お客様番号

◎申込者

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
ふりがな	入居希望者との続柄		
氏名	①		
性別	男・女	生年月日	年 月 日
住所	〒		
電話番号	—	—	
携帯電話	—	—	

◎入居希望者

ふりがな			
氏名			
性別	男・女	生年月日	年 月 日
住所	〒		
電話番号	—	—	
携帯電話	—	—	
健康保険	種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 政府管掌 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他()	
	記号	番号	
年金	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> その他()		
障害者手帳	有・無	障害名()	
	手帳の種類		
	判定	級(度)	年 月 日
介護保険	被保険者番号 保険者(市町村)		
要介護認定	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
担当ケアマネ	事業所名		
	電話番号	—	—
利用料の支払い	<input type="checkbox"/> 全額入居者負担 <input type="checkbox"/> 全額縁故者負担 <input type="checkbox"/> 一部縁故者負担		
入居希望時期	年 月からの入居を希望		

◎入居希望者

認知症	有 ・ 無い ・ 無
日常生活	歩行 <input type="checkbox"/> 自分で出来る <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 自分で出来ない
	食事 <input type="checkbox"/> 自分で出来る <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 自分で出来ない
	入浴 <input type="checkbox"/> 自分で出来る <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 自分で出来ない
	排泄 <input type="checkbox"/> 自分で出来る <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 自分で出来ない
	着脱衣 <input type="checkbox"/> 自分で出来る <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 自分で出来ない
健康状況 <small>持病のある方のみご記入願います。</small>	疾病名
	疾病に通う病院名
	病院の所在地
	主治医
	通院頻度 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週3度 <input type="checkbox"/> 週1度 <input type="checkbox"/> 月1度 <input type="checkbox"/> その他 ()
その他の身体状況	
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で1人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院に入所(入院)している (施設名又は病院名) (施設所在地 県 区・市・町・村) (入所(入院)時期 年 月 日から入所(入院))
入居を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護できる者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設・病院から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他 ()
申込状況	<input type="checkbox"/> 該施設のみ <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定がある

◎身元保証人

ふりがな				入居希望者との続柄
氏名				
性別	男 ・ 女	生年月日	年	月 日
住所	〒			
電話番号	-			-
携帯番号	-			-
勤務先名	-			-
勤務先電話番号	-			-