

入 居 申 込 書

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
		受付時刻	午前・午後 時 分

申込者（連絡先）（本人との続柄）

住 所	〒		
(ふりがな) 氏 名		電話番号	()

入居を希望するので、次のとおり申し込みます。

入 居 希 望 者 の 状 況	(ふりがな)		性 別	男 ・ 女
	氏 名		住民登録	市・区・町・村
	現 住 所	〒 _____ 電話 _____		
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 (歳)		
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類 _____ (障害名 _____) (判定 _____ 級(度) _____ 年 月 日)		
	介護保険	被保険者番号		保険者 (市町村)
	要支援 要介護 認定	<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 (認定機関) _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日		
	現在利用 している施設 サービス等	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている <input type="checkbox"/> 病院、介護老人保健施設、介護療養型医療施設等に入院(入所)している <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、経費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所(入居)している		
		施設名又は病院名 (所在地)	市・区・町・村	
		入所又は入院期間	年 月 日 ~	

入居希望者の状況	現在利用している居宅サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 通所介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給 <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/> その他()				
	※1該当するものをすべて選んでください。 ※2 []内に事業者名を記入してください。					
家族や住居等の状況	主な介護者	(ふりがな) 氏名	男・女	明・大・昭	年 月 日生 (歳)	
		同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所 〒 電話 ()			
	入居希望者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他() (介護をしている上で特に困っていること)				
備 考						
担当 ケアマネジャー	氏名		連絡先	電話 ()		
	事業所名					