

志木ナーシングホーム入居申込書

申込日 年 月 日

<申込者>

フリガナ		続柄	希望施設種別【 介護付 ・ 住宅型 】	
氏名			☎	自宅 ()
住所	〒			携帯 ()

<本人の状況>

フリガナ		男 ・ 女	☎	()
氏名				
住所	〒		生年月日	M・T・S 年 月 日()歳

現況	自宅	入院・入所()	その他()
----	----	----------	--------

介護保険	介護保険者	区 ・ 市 ・ 町 ・ 村		
	要介護度	要支援 1 ・ 2	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
		申請中 ・ 申請日：平成・令和 年 月 日頃		
	認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
	事業所の名称		介護保険負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割

生活相談員 担当ケアマネージャー等		☎	()
----------------------	--	---	-----

現在利用しているサービスの状況 (✓をつけて下さい)	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 福祉用具
	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> その他 ()

医療の状況	かかりつけ医	医療機関名： 主治医： ☎： ()
	治療中の疾病	

入居を希望する理由	例)介護者がいないため等
-----------	--------------

入居を希望する時期	1 今すぐ入居したい
	2 令和 年 月頃までに入居したい

申し込みの状況	1 当施設のみ申込みをする
	2 他施設にも申し込みをしている
	施設名： 申込日：平成・令和 年 月頃
	施設名： 申込日：平成・令和 年 月頃

入居申し込み現況調査①

フリガナ		男 女
氏名		

家 族 の 状 況 本 人 の 状 況	①氏名:	続柄:	年齢:			
	住所〒	☎	自宅	()		
			携帯	()		
	勤務先:	雇用形態:常勤・非常勤	職種:			
	②氏名:	続柄:	年齢:			
	住所〒	☎	自宅	()		
			携帯	()		
	勤務先:	雇用形態:常勤・非常勤	職種:			
	③氏名:	続柄:	年齢:			
	住所〒	☎	自宅	()		
			携帯	()		
	勤務先:	雇用形態:常勤・非常勤	職種:			
本人・家族の希望						
性格	趣味	嗜好				
収入 (年金・恩給)	年金種類 金額	国民・厚生・共済・遺族・その他 /月	その他の収入 万円			

<連帯保証人・身元引受人> ※予定者をご記入下さい。有職者にて収入のある方に限らせて頂きます。

フリガナ		自宅	()		
氏名		携帯	()		
住所	〒	続柄			

<請求書送付先>

フリガナ		自宅	()		
氏名		携帯	()		
住所	〒	続柄			

※添付書類(以下の書類と一緒に提出下さい)

介護保険者証の写し 健康診断書(3ヶ月以内のもので、全ての検査項目の実施をお願い致します。)

※申込書の内容に変更が生じた場合には、ご連絡をお願い致します。

※判定会議後、申込書の記載事項に虚偽や変更があった場合、入居判定不可となることもありますので
予めご了承ください。

