

介護付有料老人ホーム桜の里入居申込書

入居を希望する者	フリガナ		保険者名							
	氏名		被保険者番号							
	生年月日	T・S	年	月	日	()	歳	性別(男・女)		
	現住所	(〒 -)								
認定状況	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている <申込日現在の介護度> 要介護(支2・1・2・3・4・5) <認定有効期間> 年 月 日～ 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 区変中(年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 更新中(年 月 日申請)									
	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けていない <input type="checkbox"/> 申請中(年 月 日申請)									
生活状況	<input type="checkbox"/> 自宅に住んでいる。 同居家族: <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり(続柄:)									
	<input type="checkbox"/> 施設や病院等に入居・入院している。 施設・病院名: (入居・入院期間 年 月頃より)									

入居希望理由

介護する者がいないため。

介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため。

介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。

居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。

施設や病院等から退所等を求められている。

その他 ()

貴施設に入居を希望する為、申し込みます。

また、貴施設が入居判定の使用に限り、居宅介護支援事業者等から情報提供を受けることに同意します。

年 月 日

申込者(ご家族)

住所 _____

氏名 _____ (続柄) _____

電話番号 自宅 - - 携帯 - -

【ご家族連絡先】 ※申込者と連絡先が違う場合にご記入下さい。

氏名: _____ 続柄 () 自宅 - - 携帯 - -

【担当者連絡先】 ※担当ケアマネや病院の担当相談員がいる場合にご記入下さい。

事業所・病院名: _____ 担当者名: _____