

医療法人きらら会 住宅型有料老人ホーム きらら一番地 入居申込書

申込日	平成	年	月	日				
受付日	平成	年	月	日				

申込者

住所	〒 -							
氏名						続柄		
電話番号	()			携帯	()			

入居希望者

フリガナ								
氏名						性別	(男・女)	
生年月日	明治・大正・昭和		年	月	日	(歳)		
現住所	〒 -							
電話番号	()			携帯	()			
介護保険	<input type="checkbox"/> 認定済 <input type="checkbox"/> 申請中(新規・更新・区分変更)							
認定区分	<input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 要支援(1・2)							
現在の状態	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている 「施設や病院に入っている方」は記入してください ◇ 施設又は病院名 (平成 年 月から)							
医療の状況	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他()							
入所を希望する理由								
入所希望時期	<input type="checkbox"/> すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までには入所したい							
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後申し込む予定 施設名称 ()							

介護の状況

担当 ケアマネ ジャー	事業所名							
	住所	〒 -						
	氏名				電話	()		

必要書類確認欄 (ここには記入しないで下さい)

申込書	介護保険証	医療保険証	紹介者	体験入居	備考