

入居申込書

待機者番号		申込日	年 月 日
フリガナ			
本人氏名			
生年月日	大・昭・平 年 月 日	性別	男 ・ 女
現住所	郵便番号	〒	
電話番号	自宅		
	携帯		
メールアドレス			

介護度		認定日	
被保険者番号			
負担限度額証 (○をつけてください)	第 1・2・3・4段階	負担割合(○をつけてください)	1・2・3 割
法人軽減	あり ・ なし	本人収入額	万円
希望施設 (優先順に数字を記入してください)	一空園	豊田一空園	梅香の里
	あんしんの里一般	あんしんの里特定	梅香の里
	ゆやの里一般	ゆやの里特定	梅香の里
	リッツハウス	豊田一空園	梅香の里
現在の住居 (○をつけてください)	自宅	入所中	入院中
入居の希望時期	1. 今すぐ 2. 6か月後 3. 将来的に		

身元保証人情報

フリガナ			
氏名			
生年月日		性別	
続柄		同居の有無	有 ・ 無
現住所	郵便番号	〒	
電話番号	自宅		
	携帯		

郵送先情報

フリガナ			
氏名			
現住所	郵便番号	〒	
電話番号	自宅		
	携帯		

現在の本人・家族の状況

介護者の状況 (○をつけてください)		ひとり暮らしで、介護者がいない
		介護者が要介護状態、病気療養中又は障害を有することにより、介護が困難
		介護者が要支援状態又は高齢者であることにより、介護が困難
		ひとり暮らしで、介護者がいるが、日常的に介護を受けることが困難
		複数人を介護しているため、介護が困難
		介護者が就労又は育児をしているため、介護が困難
	備考	()
施設等への 入所状況 (○をつけてください)		養護老人ホーム、軽費老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、法令で定めるその他の福祉施設に入所 (介護付きの施設を除く)
	備考	()
		介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、グループホーム、上記施設のうち介護付きの施設、病院に入所又は入院
備考	()	
居住地 (○をつけてください)		施設所在地と同一の市町内又はその市町と介護保険の保険者として一部事務組合を設立している市町内
		施設所在地と同一の圏域内又は県内の隣接市町内
		施設所在地の圏域外
特別な状況	()	
その他		介護者による虐待、介護放棄等により、要介護者の生命・身体に危険が生じている場合
		6か月以内に入所を希望しない場合

担当ケアマネジャー	氏名			
	事業所名		TEL	
主治医	氏名			
	病医院名		TEL	