

お申込日 令和 年 月 日

申込者 \_\_\_\_\_ 印

施設名： \_\_\_\_\_

## 入居申込書

### ■ 入居者ご本人

氏名	フリガナ	男 ・ 女	生年月日	明・大・昭
	印			年 月 日 ( 歳)
現住所	フリガナ (〒 - )			
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅 ( 独居 ・ 同居 ) <input type="checkbox"/> 入院 : 病院名 ( ) <input type="checkbox"/> 施設入所中 : 施設名 ( )			
保険種別	<input type="checkbox"/> 社保 ( 本人 ・ 家族 ) <input type="checkbox"/> 国保 ( 本人 ・ 家族 ) <input type="checkbox"/> 共済 ( 本人 ・ 家族 ) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 級 ) <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳 ( 級 )			
介護保険	<input type="checkbox"/> 未認定 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( )			

### ■ 利用希望

入居希望日	年 月 日	希望号室	号室
-------	-------	------	----

### ■ 居宅介護支援事業所

事業所名			
電話番号		担当ケアマネ	
ご利用中サービス	訪問介護 ・ デイサービス ・ テイクケア ・ 訪問リハビリ ・ 訪問看護 ・ 福祉用具 ・ その他 ( )		
備考			

### ■ 医療機関

名称			
電話番号		主治医	

備考	

■ 身元保証人

氏名	フリガナ 印	続柄	年齢 歳	職業
住所	フリガナ (〒 - )			
TEL		FAX		
携帯番号		メールアドレス		
上記以外の 緊急連絡先	(名称)	TEL		

■ 家族構成・緊急連絡先

氏名	フリガナ	続柄	年齢 歳	職業
住所	フリガナ (〒 - )			
TEL		FAX		
携帯番号		メールアドレス		
氏名	フリガナ	続柄	年齢 歳	職業
住所	フリガナ (〒 - )			
TEL		FAX		
携帯番号		メールアドレス		
氏名	フリガナ	続柄	年齢 歳	職業
住所	フリガナ (〒 - )			
TEL		FAX		
携帯番号		メールアドレス		