

サービス付高齢者住宅『ふる里の風』 入居申込書

申込み日 令和 年 月 日

ふりがな お名前	性別		生年月日 明・大・昭			
	男・女		年 月 日生(才)			
ご住所	(〒 -)				保険者	要介護度
現 状	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしています		施設名または病院名			
	<input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしています					
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設に入居や病院に入院をしています					
	令和 年 月頃から 入居 / 入院 しています					
年金の種類		<input type="checkbox"/> 国民年金	<input type="checkbox"/> 厚生年金	<input type="checkbox"/> 共済年金	月額	円
居宅介護支援事業所または病院		担当者				
介護者の 状況	<input type="checkbox"/> 介護者がいません		<input type="checkbox"/> 介護保険証 (負担割合)			
	<input type="checkbox"/> 介護者が高齢や疾病の為、十分な介護が困難です		<input type="checkbox"/> 障害者手帳			
<input type="checkbox"/> 介護者が就労している為、十分な介護が困難です		<input type="checkbox"/> 限度額適用認定及び限度額適用・標準負担額減額認定証				
<input type="checkbox"/> その他()						
医 療 の 状 況	<input type="checkbox"/> 経管栄養		<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> インスリン注射	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> その他 ()
	【現在治療中の病気】		【飲まれているお薬】			
	_____		_____ 朝 昼 夕			
	_____		_____ 朝 昼 夕			
	_____		_____ 朝 昼 夕			
	_____		_____ 朝 昼 夕			
	_____		_____ 朝 昼 夕			
	_____		_____ 朝 昼 夕			
【かかりつけの病院】						
総合病院		主治医		科		
_____		主治医		科		
クリニック		主治医		科		
_____		主治医		科		
申し 込み 状 況	<input type="checkbox"/> サービス付高齢者住宅『ふる里の風』のみ申し込む		(□すぐにも □令和 年 月頃の入居希望)			
	<input type="checkbox"/> 他の施設も申込みをしている。または申し込む予定		(施設名)			
	<input type="checkbox"/> サービス付高齢者住宅『ふる里の風』に入居しながら他の施設入所を待つ予定		(施設名)			
ご 連 絡 先	お名前		続柄		勤務先	
	〒				職種	
	電話(固定電話)				携帯	
					mail:	