

入居申込書

平成 年 月 日

社会福祉法人 むべの里
理事長 原田 雄二 様

申請者住所
氏 名
入居者との関係() 印

私は、下記施設への入居を申込みします。

1.入居希望施設

<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームむべの里	<input type="checkbox"/> グループホーム	<input type="checkbox"/> グループホーム芳玉園
	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームむべの里博愛園		<input type="checkbox"/> グループホーム際波
<input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム	<input type="checkbox"/> ケアハウスあおば苑		<input type="checkbox"/> グループホーム山門
	<input type="checkbox"/> ケアハウスひらき		<input type="checkbox"/> グループホームひらき
<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム	<input type="checkbox"/> 有料老人ホームはぎわら		<input type="checkbox"/> グループホーム藤山
	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム住吉		<input type="checkbox"/> 高齢者専用賃貸住宅
		<input type="checkbox"/> 高齢者専用賃貸住宅東本町	

2.入居希望者の状況

利用者氏名	ふりがな	男・女	明・大・昭	年	月	日(満 歳)		
住所	〒 電話() -							
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護5	<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 申請中
ケアマネージャー	施設名()			氏名()				
かかりつけの医療機関	主治医名							
現病名								
既往歴								
特別な医療の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり⇒	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> カテーテル	<input type="checkbox"/> IVH	<input type="checkbox"/> 皮膚疾患()		
			<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> その他()		
収入状況	<input type="checkbox"/> 各種年金合計(年額 万円) <input type="checkbox"/> その他の収入(年額 万円) <input type="checkbox"/> 仕送り等(年額 万円)							

3.身元引受人

引受人氏名1	ふりがな	男・女	大・昭	年	月	日(満 歳)
住所	〒 電話() -					
続柄	勤務先					
引受人氏名2	ふりがな	男・女	大・昭	年	月	日(満 歳)
住所	〒 電話() -					
続柄	勤務先	-				

●受付担当職員()

※必ず全ての項目に記入をお願いします。
※入居の必要がなくなった場合には、必ずご連絡をお願い致します。