



【申し込み者】

平成 年 月 日

ふりがな			対象者との続柄
氏名			
住所	〒		
連絡先	TEL	(携帯)	
	FAX		
どこで当施設をお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所・ケアマネ <input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> 市役所・包括支援センター <input type="checkbox"/> 新聞広告・チラシ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他 ()		

【入居対象者】

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日 (歳)
住所	〒		
	電話番号 () -		
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		
現在利用中のサービス・施設・病院	サービス・施設・病院名 ()	担当者名 ()	
収入状況	年金収入 月額 () その他収入 月額 ()		
生活保護受給	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り		ケースワーカー
利用料等の支払い予定者	<input type="checkbox"/> 本人 (全部 ・ 一部) <input type="checkbox"/> 縁故者 (全部・一部) ⇒ 続柄		
	上記縁故者	住所	
		氏名	
		職業	
家族の状況			
居宅介護支援事業所	事業所名	TEL	
	担当者		

