



【入居希望施設】

令和 年 月 日

<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム輝き	<input type="checkbox"/> 有料老人ホームはぎわら	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム岬
<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅東本町	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム厚南	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム中山
<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅博愛園	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム厚狭	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム大小路
<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅東芝中	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム住吉	
<input type="checkbox"/> こんふぉーとらいふむべの里	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム合志1号館	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム須屋

【申し込み・相談者】 訪問・電話・来所・FAX・その他（ ）

ふりがな			対象者との続柄
氏名			
住所	〒		
連絡先	TEL	FAX	(携帯)
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"/> 新聞広告・チラシ <input type="checkbox"/> 市役所・包括支援センター <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 ()			
担当ケアマネ	事業所・病院名			
相談員	担当者	TEL		
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				
<input type="checkbox"/> 入居理由 <input type="checkbox"/> 相談内容				

