

サービス付き高齢者向け住宅「サンフォレスト三木」入居申込書

		受付番号	NO.	担当者	
		受付日	年 月 日		
入居希望居室	階 号室	入居希望時期		すぐにも・令和 年 月 頃	
入居予定者			申込者		
フリガナ					
氏名	男・女		続柄：		
生年月日	明・大・昭 年 月 日（ 歳）		明・大・昭 年 月 日（ 歳）		
住所	〒 -		〒 -		
電話番号	自宅：	携帯：	自宅：	携帯：	

入居予定者の状況	現在の居住状況	自宅（同居者：有（ ）・無（ ））・入院中（ ））・施設入所中（ ））				
	収入の種類	1. 年金（国民年金・厚生年金・共済年金） 2. 給与 3. その他				
	要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5	保険者番号			
	認定有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	被保険者番号			
	居宅介護支援事業所名	ケアマネ名 連絡先		- - 様		
	居宅サービスの利用状況	無・有（有の方は下記の回数を教えてください） 訪問介護 回/週 ・ 訪問入浴 回/週 ・ 訪問看護 回/週 訪問リハ 回/週 ・ デイサービス 回/週 ・ デイケア 回/週 居宅療養管理指導 ・ 福祉用具貸与（ ） ・ 短期入居生活介護 回/月				
	医療機関受診状況	医療機関名： 主治医：	既往歴（疾患名）： 感染症： 無・有（ ） 認知症： 無・有			
	医療行為 （有る方は番号に○を付けて下さい）	1. 経管栄養 2. 気管切開 3. 持続点滴 4. 人工肛門 5. 人工透析 6. 床ずれ 7. 悪性腫瘍（がん） 8. 糖尿病（食事療法 インスリン療法） 9. たんの吸引 10. 在宅酸素 11. 中心静脈栄養 12. 留置カテーテル 13. 認知症 14. 心臓ペースメーカー 15. 特定疾患 及び 特定疾病				
	介護・医療上特記事項					
	入居申込み理由					
ご家族様 身元引受人様 氏名	フリガナ	性別	生年月日	明・大・昭 年 月 日（ 歳）		
住所	〒 -			続柄		

- ※ 個人情報保護に関する法律ならびに関連する法令を遵守いたします。
- ※ 入居希望者様または身元引受人様、ご家族様の承諾のない限り、お預かりした個人情報を本利用目的以外に使用することはありません。
- ※ 本申込書の提出が入居の決定ではございません。

入居希望者または身元引受人様のご署名	令和 年 月 日	氏名：
--------------------	----------	-----