

地域密着型介護老人福祉施設 喜楽苑こもれ陽

入居申込書

新規・更新				
申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日
有効期限				

連絡先（今後、郵送物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。）

(ふりがな)		本人との関係	☎自宅：
氏名			携帯：
住所	〒 —		

◎ 入居希望者の状況

(ふりがな)		性別	被保険者番号	
氏名		男・女	要介護度	1・2 3・4・5
生年月日	明治	大正	昭和	
	年	月	日 ()歳	
要介護認定有効期間	平成	年	月	日から
	平成	年	月	日まで
現住所	〒 —			
居室において日常生活を営むことが困難な理由（※要介護1・2の方のみ）	※申込者の身体の状況及び生活環境、介護者の身体の状況や生活実態を含め、具体的に記入して下さい。			
現況	<input type="checkbox"/> 一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている			
	◇施設名又は病院名：		◇所在地(市町村のみ)：	
	◇入所又は入院期間：平成 年 月 日から			
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養（鼻腔・胃ろう） <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他()			
	【現在治療中の病気・特記事項等】			
申込の状況	<input type="checkbox"/> 喜楽苑のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設も申込んでいる、又は申込む予定			
	◇既に申込んでいる他の施設名 () () ()			
	◇今後申込む予定の他の施設名 () () ()			

◎ 主たる介護者

(ふりがな)		性別	本人との関係	
氏名		男・女	生年月日	大正・昭和・平成
			年	月 日 ()歳
住所	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している（住所：			
意見	【介護をしているうえで困っていること等】			

◎ 同意書

今後の長崎県及び関係市町村の高齢者対策の参考とするため、必要がある場合はこの申込書の内容を長崎県及び関係市町村に報告することに同意します。

平成 年 月 日

氏名

印

* 「被保険者証(写)」・直近3ヶ月の「サービス利用票(写)」・「サービス利用票別表(写)」を添付して下さい。