申 込 書

利用者氏名	ふりがな	性別	男・女	生年月日	明治 大正 昭和　年　月　日
現住所	郵便番号　－			電話	

家族構成　　主介護者 ◎　　同居の方 ○

◎・○	氏名	続柄	住所・電話	就労
	フリガナ		〒　－ 連絡先 自宅:　携帯:	有・無
	フリガナ		〒　－ 連絡先 自宅:　携帯:	有・無
	フリガナ		〒　－ 連絡先 自宅:　携帯:	有・無
	フリガナ		〒　－ 連絡先 自宅:　携帯:	有・無
	フリガナ		〒　－ 連絡先 自宅:　携帯:	有・無
	フリガナ		〒　－ 連絡先 自宅:　携帯:	有・無

居宅支援事業所		担当ケアマネジャー		電話	

入所希望者の保険者情報

保険					
	介護保険	**要支援 1 ・ 2　要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5**	介護負担限度額認定書	有（　段階）・無	
	健康保険	国民健康保険（世帯主・家族） 社会保険（本人・家族）　後期高齢者医療（ 有 ・ 無 ）			
	身体障害者手帳	有 ・ 無	その他		

現在の居場所		掛かりつけ医	
希望の部屋	従来型個室（トイレ付）　ユニット型個室（少人数グループケア）　多床室（ 2人 ・ 4人 ）		

＊今日特に質問したいこと・相談したいことなど以下にご記入下さい。（自由記入）

備考欄	個室からの入所 （可 ・ 不可）　受診時の対応 （可 ・ 不可）

平成　　年　　月　　日　　記入者名: