

申込日 年 月 日

(介護予防)特定施設入居者生活介護 アーバンリビング鳥屋野

入居申込書

社会福祉法人 苗場福祉会
アーバンリビング鳥屋野 施設長 様

アーバンリビング鳥屋野に入居したく、下記の通り申し込みます。

フリガナ 申込者氏名		続柄	
住 所	〒		
電話番号			

フリガナ 入居者氏名			性別	男 ・ 女
生年月日	大正 ・ 昭和	年 月 日	生まれ	(歳)
現住所	〒			
電話番号				
被保険者番号		負担割合	1 ・ 2 ・ 3 割	
要介護認定	要支援(1 ・ 2) 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 申請中			
担当ケアマネジャー	事業所名			
	電話番号		担当者名	
入居希望日	年 月 日頃を希望します。			

利用料等の 経費支払い		1、本人負担		※番号のいずれかに○を、2・3の場合のみ記入してください。				
		2、一部縁故者負担		住所				
		3、全額縁故者負担		氏名				
収入		ひと月あたり 万円			生活保護 有 ・ 無			
現在の状況		1、持ち家(マンション) 2、借家 3、借間 4、その他()						
身 体 の 状 況	日 常 生 活	歩 行	ア・自分で出来る		イ・一部介助が必要		ウ・自分でできない	
			杖 ・ 歩行車 ・ 車椅子					
		食 事	ア・自分で出来る		イ・一部介助が必要		ウ・自分でできない	
			主食(ごはん ・ 粥)		副食(普通 ・ 刻み)		禁止食品()	
		入 浴	ア・自分で出来る		イ・一部介助が必要		ウ・自分でできない	
	排 泄	ア・自分で出来る		イ・一部介助が必要		ウ・自分でできない		
	更 衣	ア・自分で出来る		イ・一部介助が必要		ウ・自分でできない		
	健 康 状 況	治療中の病気と既往歴：						
		かかりつけ医師	病院		科		医師名	
			病院		科		医師名	
身体障害の有無		有 ・ 無	【部位 手帳(有・無) 種 級 】					
精 神 の 状 況	性格				精神障害の有無	有() ・ 無		
	対人関係				認知症の有無	有 ・ 疑い ・ 無		
身元保証人		氏名	本人との関係	年齢	住所(電話)	勤務先(電話)		
		フリガナ			住所	会社名		
				同居・別居				
				同 ・ 別	電話	電話		
緊急時 連絡先1		氏名	本人との関係	年齢	住所(電話)	勤務先(電話)		
		フリガナ			住所	会社名		
				同居・別居				
				同 ・ 別	電話	電話		
緊急時 連絡先2		氏名	本人との関係	年齢	住所(電話)	勤務先(電話)		
		フリガナ			住所	会社名		
				同居・別居				
				同 ・ 別	電話	電話		