

みどりの風あすわ 入居申込書

平成 年 月 日

施設内容を了解の上、入居を申込み致します。

入居申込者 住所： _____

氏名： _____ 印

	名 前	続柄	住 所	電 話
利用者代理人				
勤務先				
身元引受人				
勤務先				

入居希望者項目 : 申込をされる方(申込者)が下記をご記入ください。

	名 前	住 所	電 話
現在入所中の施設			担当者
居宅介護支援事業所			担当者

介護認定	認定済(介護度) 認定期間(平成 年 月 日~平成 年 月 日)		
	申請中(年 月 日) ・ 申請していない		
利用料等の支払い	1. 本人全額負担 2. 一部縁故者負担 3. 全額縁故者負担	※具体的にご記入下さい	
障害手帳	無・有(級)		
年金	無・有(国民年金・厚生年金・共済・恩給) 支給額 万円/月		
健康状態	通 院: 無・有(病院名 , 通院回数 回/月)		
	服 薬: 無・有(種類:)		
	既往歴: 無・有(病名:)		
	認知症状況: 無・有(, 軽度・中度・重度)		
	問題行動: 無・有(うつ・見当障害・妄想・徘徊・昼夜逆転・他)		
	移 動: 独歩・杖歩行・車椅子(自立・介助)		