

あったかホーム飯能 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) | | |