

『サービス付高齢者向け住宅メディケアホーム南福岡』入居申込書

※ 受付番号

申込日 年 月 日

申込者	フリガナ					印	入居者との続柄	性別
	お名前							男・女
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生	満年齢	歳	
	ご住所	〒				Tel ()		

入居者	フリガナ					性別	
	お名前						男・女
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生	満年齢	歳
	ご住所	〒				Tel ()	

家族状況	お名前		続柄		同居・別居
	ご住所	Tel ()			
	お名前		続柄		同居・別居
	ご住所	Tel ()			

身元引受人	お名前		続柄	
	ご住所	〒		

入居希望時期	令和	年	月頃
--------	----	---	----

介護保険被保険者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
介護認定状況	要介護	1	2	3	4	5	申請中 (月 日)		
認定の有効期間	年 月 日 ~				年 月 日				
居宅介護支援事業所	事業所名				Tel ()				
	担当ケアマネージャー								
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			種類	/	級		
生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有						
現在の生活状況	在宅 施設 ()				病院 ()				
	住所				Tel ()				
医療状況	かかりつけ医		病院			科		医師名	
	健康状態	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 治療中			通院(月 回)		往診(月 回)	
	かかりつけ医		病院			科		医師名	
	健康状態	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 治療中			通院(月 回)		往診(月 回)	

※入居申込書記載から2週間以内に診断書及び情報提供書のご提出をお願いいたします。

※本日の申込にて予約完了ではございません。入居審査を経て入居及びお部屋の決定となりますのでご了承下さいませお願いいたします。

※この申込書は個人情報保護法に基づき管理、運用致します。

※職員記入欄 希望階層 階 居室番号 号室 担当