

高齢者総合ケアセンター きららラポール尾道 ・ きららラポール西御所 ・ きららラポール桜並木 入居申込書

* NO:		申 込 日			平成	年	月	日
申込者	住 所	〒 都道 市区						
		府 県 郡						
	フリガナ			本人との続柄				
	氏 名	印						
電話番号	( )	-	携帯電話	-				

ご希望の施設の□内に☑(チェック)をお願いします。

<input type="checkbox"/> きららラポール尾道	<input type="checkbox"/> 介護付有料老人ホーム (居室:Aタイプ / Bタイプ) ※ご希望の居室タイプに○印をお願いします。	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 (グループ ホーム)
<input type="checkbox"/> きららラポール西御所	<input type="checkbox"/> 介護付有料老人ホーム (居室:通常タイプ / 特別室) ※ご希望の居室タイプに○印をお願いします。	<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅
<input type="checkbox"/> きららラポール桜並木	<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅	

入居希望者の状況	保険者名	被保険者番号									
	要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	認定の有効期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで
	フリガナ		性別	明治・大正・昭和	年	月	日生				
	氏 名		男・女	(西暦	年)	[	歳]				
	住 所	〒 都道 市区									
		府 県 郡									
	現在利用している施設・サービス等	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、有料老人ホーム等に入所(入居)している。 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している。 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 施設等に入所(入居・入院)している場合									
	施設名又は病院名										
入居希望理由	<input type="checkbox"/> 住居の構造が適していないために介護が困難 <input type="checkbox"/> 家族の介護負担が大きい <input type="checkbox"/> 一人暮らしで在宅生活に不安 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設・病院等から退所・退院を求められているが在宅での介護が困難										
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 将来的な希望										
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込み中										

施設記入欄

保証人①(身元引受人)			
フリガナ	続柄	性別	
氏 名	印	男・女	
生年月日	昭和・平成 (西暦 年)	月	日
年齢	[ 歳 ]		
住 所	〒 都道 市区		
	府 県 郡		
電話番号	( )	-	携帯電話
	-		
フリガナ			
勤務先	所属		
勤務先住所	〒 都道 市区	電話番号( )	内線( )
	府 県 郡		
保証人②(身元引受人)			
フリガナ	続柄	性別	
氏 名	印	男・女	
生年月日	昭和・平成 (西暦 年)	月	日
年齢	[ 歳 ]		
住 所	〒 都道 市区		
	府 県 郡		
電話番号	( )	-	携帯電話
	-		
フリガナ			
勤務先	所属		
勤務先住所	〒 都道 市区	電話番号( )	内線( )
	府 県 郡		

担当ケアマネジャー等	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 医療SW <input type="checkbox"/> 支援相談員 <input type="checkbox"/> その他( )
事業所名	
担当者名	電話番号

情報提供者に関する入居希望者の同意確認欄	私は、入居申込施設が尾道市・居宅介護支援事業所・主治医等から私の介護認定・その他入居に関わる必要な情報の提供を受けることに同意します。 平成 年 月 日 入居者氏名 印 代筆者氏名 印
----------------------	---

<必要書類チェック欄> <input type="checkbox"/> 介護保険証(写) <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証(写) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証(写) <input type="checkbox"/> 身元保証書 <input type="checkbox"/> 収入申告書 <input type="checkbox"/> 健康診断書 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員からの意見書 <input type="checkbox"/> 入居申込書(当用紙)
--