

指定介護老人福祉施設 旭が丘ホーム・旭が丘ホーム 紅葉葵 入所申し込み書

申込日	年 月 日
受付日	年 月 日

申込代理人(手続きをされる方は、親族、もしくは成年後見人等の方でお願いします。)

フリガナ		続柄	
氏名			
住所	〒 _____ 電話番号 ( _____ )		

本人の状況	フリガナ		性別		生年月日	明治	・	大正	・	昭和	歳			
	氏名					年		月		日				
	住所	〒 _____ 電話番号 ( _____ )												
	介護保険	被保険者番号												
		認定期間		年		月		日	～		年		月	日
		要介護度		1	・	2	・	3	・	4	・	5		
	健康保険	種別												
	年金	種別					支給額							
	生活保護	あり	・	なし										
	障害者手帳	手帳の種類					等級							
	現在の状況	① <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている ② <input type="checkbox"/> 施設に入所している 【 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型施設 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) 】 ③ <input type="checkbox"/> 入院している 【 <input type="checkbox"/> 一般病棟 <input type="checkbox"/> 医療療養病床 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) 】 ※②③を選択された方は、その場所と、在所期間を記入下さい。												
		施設名または病院名												
		入所または入院の期間		年		月	頃	～		年		月	頃	
担当ケアマネージャー	氏名					電話番号								
	事業所													

入所希望先	入所を希望される場所にチェックを入れてください。(複数のチェックでも可。)										
	【旭が丘ホーム】	<input type="checkbox"/>	ユニット型(個室)	<input type="checkbox"/>	従来型(多床室)						
	【旭が丘ホーム 紅葉葵】	<input type="checkbox"/>	ユニット型(個室)								
		<input type="checkbox"/>	特に指定なし								
(※旭が丘ホームのみ、従来型の居室があります。従来型を希望の場合、自動的に旭が丘ホームでの入所待機となります。指定なしの場合は、空きの出た施設でのお声掛けとなります。)											

※申込書と一緒に、介護保険被保険者証のコピーと、サービス利用票の3ヶ月分を提出ください。

