

申込日	平成 年 月 日	受付日	平成 年 月 日
-----	----------	-----	----------

※施設記入

※施設記入

## 地域密着型介護老人福祉施設ときみずの家入居申込書 地域密着型介護老人福祉施設千谷島の家入居申込書

社会福祉法人おぢや福祉会  
理事長 横 森 忠 紘 宛

申込者(連絡先)

住 所	〒
フリガナ	
氏 名	(続柄)
電話番号	( ) -
携帯番号	- -

フリガナ		性 別	男 ・ 女
氏 名		生年月日	明・大・昭 年 月 日( 歳)
現住所			
電話番号	( ) -		
介護保険	被保険者番号		
	要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
健康保険	(種別・記号・番号)		
年金等	(種別)	(年間金額)	
障害者手帳等	(種類)	(障害名)	
	(判定)	(交付日) 年 月 日	
現況	<input type="checkbox"/> 自宅(单身・同居)		
	<input type="checkbox"/> 病院・施設等 名称 年 月 日~		
	<input type="checkbox"/> その他		
希望入居時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい 希望施設 ( <input type="checkbox"/> ときみずの家 <input type="checkbox"/> 千谷島の家 <input type="checkbox"/> どちらでもよい)		
	<input type="checkbox"/> 年 月頃には入居したい		
	<input type="checkbox"/> 特に希望はない		
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 申込なし		<input type="checkbox"/> 申込(予定)あり(下記に施設名を記入してください)
	第1	年 月	第2 年 月
	第3	年 月	第4 年 月
担当介護支援専門員(又は相談員)	(事業所名)		
	(担当者氏名)	(連絡先)	

