

施設入居申込書

記入日 年 月 日

施設名	<input type="checkbox"/> メープルコートあまみ
	<input type="checkbox"/> メープルコートまつばら

受付担当者 _____

申込者	氏名	本人 ・ 家族（続柄： _____） ・ その他（ _____）
	住所	_____
	連絡先	（ _____）

入居者			
フリガナ		性別	生年月日
氏名		男 ・ 女	大正・昭和 年 月 日
住所	〒 _____		
入居日	年 月 日 AM ・ PM 時	居室番号	号室
医療保険資格	社会保険 ・ 国民健康保険 ・ 前期高齢者 ・ 後期高齢者 ・ 生活保護		
医療助成有無 障害手帳有無	高齢受給者証 ・ 特定疾病受給者証 ・ 自立支援受給者証 ・ 標準負担額減額認定証 身体障害（ _____）級 ・ 精神障害（ _____）級 ・ 療育手帳（ _____） その他（ _____）		
介護保険 要介護度	無 ・ 有（ 要支援 1 ・ 2 / 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）（保険者 _____）		
認定の有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
現在の状況	1 在宅で生活中 2 入院中 医療機関名（ _____） 3 施設入所中 施設名（ _____）	病名： 服薬名：	
緊急連絡先①			
フリガナ	続柄	住所	〒 _____
氏名		TEL：	_____（携帯 _____）
緊急連絡先②			
フリガナ	続柄	住所	〒 _____
氏名		TEL：	_____（携帯 _____）
請求書送付先	緊急連絡先① ・ 緊急連絡先② ・ 入居者本人		

居宅支援事業所情報	
事業所名	所在地 〒 -
担当 ケアマネージャー	フリガナ 氏名 TEL： - - FAX： - -
備考	

本人の状況（該当するものを○で囲んでください）	
移動：	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 独歩 ・ 杖歩行 ・ 歩行器使用 ・ 車いす ・ その他（ ）
食事：	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 （ 胃ろう ・ 経管栄養 ） 主食（ 常食 ・ 粥 ） 副食（ 常菜 ・ きざみ ・ ミキサー ）
排泄：	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ポータブル ・ おむつ使用（ 常時・夜間のみ ） ・ バルーンカテーテル
認知症：	有 ・ 無 問題行動： 徘徊 ・ 不潔行為 ・ その他（ ）
感染症：	有 ・ 無
施設への希望	

1 添付書類

- ① 介護保険被保険者証の写し（被保険者及び要介護状態区分がわかるもの）又は介護保険資格者証
- ② 健康保険被保険者証、後期高齢者医療被保険者証、医療証、特定疾患医療受給者証、身体障害者手帳等

2 この入居申込書の提出をもって、入居が決定するものではありません。後日、面接調査のうえ、入居の決定をいたします。