**施設入居申込書**

記　入　日　　　　　年　　　月　　　日

施設名　□ メープルコートあまみ

　 □ 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 | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | 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 | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | 続柄 | 住所　〒　　　　－ | | | | |
| 氏　名 | |  | TEL：　　　－　　　　－　　　（携帯　　　－　　　－　　　） | | | | |
| 緊急連絡先② | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | 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  ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | TEL：　　　－　　　－  FAX：　　　－　　　－ | | | |
| 氏　名 | | |
| 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。