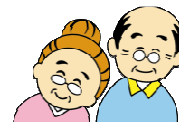


社会福祉法人むべの里
有料老人ホーム岬 仮入居申し込み書



事業所名：むべの里有料老人ホーム岬

【申し込み者】

平成 年 月 日

ふりがな		対象者との続柄
氏 名		
住 所	〒	
連 絡 先	TEL	(携帯)
	FAX	
どこで当施設をお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所・ケアマネ <input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> 市役所・包括支援センター <input type="checkbox"/> 新聞広告・チラシ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他 ()	

【入居対象者】

ふりがな		性別	生 年 月 日
氏 名		男・女	明・大・昭 年 月 日 (歳)
住 所	〒		
	電話番号 () -		
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援 () <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 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中		
現在利用中のサービス・施設・病院	サービス・施設・病院名 ()	担当者名 ()	
収入状況	年金収入 月額 () その他収入 月額 ()		
生活保護受給	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	ケースワーカー	
利用料等の支払い予定者	<input type="checkbox"/> 本人 (全部・一部) <input type="checkbox"/> 縁故者 (全部・一部) ⇒ 続柄		
	上記縁故者	住所	
		氏名	
		職業	
家族の状況			
居宅介護支援事業所	事業所名	TEL	
	担当者		

