

ナーシングホームサクラシア福島 入居申込書

入居を希望するので、下記のとおり申し込みます。

申込日	令和 年 月 日
受付対応者	

太枠内をご記入ください。（ご不明な点は職員へお声がけください。）

入居される方	ふりがな			性別	生年月日	大・昭		
	氏名			男・女		年 月 日 歳		
	住所	〒 -			電話番号	()		
	かかりつけ医	医療機関名 主治医名			既往歴 病名			
	ケアマネジャー	事業所名			担当者名			
	現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設入居中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他						
		施設名又は病院名				入居又は入院時期		
	介護保険認定	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <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"/> 申請中				申請日	年	月
介護保険負担割合	<input type="checkbox"/> 1割	<input type="checkbox"/> 2割	<input type="checkbox"/> 3割					
医療保険負担割合	<input type="checkbox"/> 1割	<input type="checkbox"/> 2割	<input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 公費 (月額自己負担上限) 円)				
入居申込者	ふりがな				入居される方との続柄			
	氏名							
	住所	〒 -			電話番号	自宅	()	
その他の連絡先	ふりがな				入居される方との続柄			
	氏名							
	住所	〒 -			電話番号	自宅	()	
						()		

備考