

## 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			大・昭
	氏名			男・女	生年月日		
	住所	〒 -		電話番号	( )		
	かかりつけ医	医療機関名			既往歴		
		主治医名			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 日頃	
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	( )	
				携帯番号	電話	( )	
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	( )	
				携帯番号	電話	( )	

備考	
----	--