

# 入居申込書

介護老人保健施設 仙寿なごみ野 様

介護老人保健施設仙寿なごみ野に入居を申し込みいたします。

\*要支援の方はご入居いただけません。

受付番号	
受付日	令和 年 月 日
受付者	

令和 年 月 日

入所希望者	フリガナ			性別
	氏名			様 男・女
	生年月日	明治・大正・昭和		年 月 日 満 才
	住所	〒		
	電話番号	自宅：		
身元引受人	フリガナ			続柄
	氏名			様
	生年月日	明治・大正・昭和		年 月 日 満 才
	住所	〒		
	電話番号	自宅：		

ご本人の状態・状況についてお聞かせください。（当てはまるところに☑をお付けください。）

現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で生活している⇒ <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦二人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居			
	<input type="checkbox"/> 入院中：病院名			
	<input type="checkbox"/> 施設入所中：施設名			
介護保険関係	【要介護度】	【被保険者番号】		
	【認定の有効期限】	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
	介護保険負担限度額認定	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 第 段階		
	介護保険負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		
本人の収入	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> その他収入あり			
かかりつけ医	病院・医院	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科		
	先生	<input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 その他：		
既往症	時期	病名	病院名	
現在治療中の病気				
□無し				

裏面にもご記入をお願いします。

