

# 入居申込書

コロネット 行

申し込み日 年 月 日

|                        |   |   |  |    |                    |           |
|------------------------|---|---|--|----|--------------------|-----------|
| 本人の状況                  | フリガナ  |   |  |    |                    | 性別        |
|                        | 氏名  | 様   |  |    |                    | 男・女       |
|                        | 生年月日  | 明・大・昭 年 月 日 ( 歳)  |  |    |                    |           |
|                        | 住所  | 〒<br>TEL  |  |    |                    |           |
|                        | 介護保険番号  |   |  |    | 身体障害<br>手帳等の<br>有無 | ( 有 ・ 無 ) |
|                        | 要介護度  | 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5<br>認定期間 年 月 日～ 年 月 日  |  |    |                    |           |
|                        | 現況  | 1. 自宅で独り暮らし 2. 自宅で家族と暮らしています<br>3. 施設又は病院に入所(院)中 施設名又は病院名 _____<br>年金の種類 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 月額 _____ 円<br>銀行名 _____                    |  |    |                    |           |
|                        | 医療の状況   | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) 【現在受診中の病院・診療所及び科名】 |  |    |                    |           |
| 現在利用中の<br>介護サービス及び事業所名 |   | 居宅支援事業所   |  |    | 担当ケアマネ             |           |
|                        |   | 訪問介護・看護   |  |    |                    |           |
|                        |   | 通所介護  |  |    |                    |           |
|                        |   | ショートステイ   |  |    |                    |           |
|                        |   | 福祉用具の貸与・その他   |  |    |                    |           |
| 相談者                    | フリガナ  |   |  | 続柄 | 連絡先                |           |
|                        | 氏名  |   |  | 住所 |                    |           |
| 主たる介護者<br>または家族        | 氏名  | 住所 〒  |  | 続柄 | 自宅<br>携帯           |           |
| 申し込み状況                 | <input type="checkbox"/> コロネットのみ入居申し込み ( <input type="checkbox"/> すぐにでも <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃の入居希望 )<br><input type="checkbox"/> 他の施設も申し込みをしている、または申し込む予定<br>【施設名】 _____<br><input type="checkbox"/> コロネットに入居しながら、他の入所を待つ予定<br>【施設名】 _____ |   |  |    |                    |           |

※記載について

「相談者」：本人を代理する家族・ケアマネなどで確実に連絡が取れる方。

「主たる介護者」：主に介護を行っている方について記入ください。

※介護度をお持ちの方は、介護保険被保険者証のコピーを一緒に添付してください。添付されない場合は、入居申込が完了しません。介護申請等で介護保険被保険者証を手元にない場合は、介護保険資格者証のコピーを添付してください。ご記入いただきましたら、御手数ですが FAX か郵送をお願いいたします。

事務センター 〒939-8072 富山市堀川町374-2

FAX先 : (076) 421-2778

