

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	〒 TEL				
	介護保険番号					身体障害 手帳等の 有無 (有 ・ 無)
	要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 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 3. 施設又は病院に入所(院)中 施設名又は病院名 _____ 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 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 <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 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 または家族	氏名	住所	〒	続柄 自宅 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) <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 【施設名】 _____ <input type="checkbox"/> コロネットに入居しながら、他の入所を待つ予定 【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

