申込日　:平成　　年　　月　　日

サービス付き高齢者向け住宅すまいる　入居申込書

　以下のとおり入居を申し込むとともに、入居の可否を判断する上で必要な入居希望者の個人情報を、担

当のケアマネージャーから聴き取ることに同意いたします。

・申込者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ご　住　所 | 〒　　　－  電話番号　　　　－　　　　－ | | |
| お　名　前 |  | 続柄 |  |

・入居希望者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 生年月日 |  | | | 性別 | 男・女 |
| お　名　前 |  | |
| ご　住　所 | 〒　　　－  電話番号　　　　－　　　　－ | | | | | | | |
| 現在の状況 | □一人暮らし　　　□夫婦だけの世帯　　　□自宅又は自宅以外で家族と同居  　□施設又は病院を利用中　　（利用施設名　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 入居希望時期 | 年　　月頃　　　　・すぐ | | | | 同居人 | 有（　　　　　）・無 | | |
| 要介護度 | 自立　　未申請　　申請中　　要支援　１・２　　要介護　１・２・３・４・５ | | | | | | | |
| 保険者 | 市・町・村 | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所 |  | | | | | | |
| 担当ケアマネージャー |  | | | | | | |
| 在宅サービスの利用状況 | 下記の在宅サービスのうち、利用したことのあるサービスに○印を、現在１ヶ月に１回以上利用しているサービスに◎印を付けてください | | | | | | | |
| ・訪問介護(ホームヘルプサービス)　　・訪問リハビリ　　・訪問入浴　　・訪問看護  ・通所介護(デイサービス)　　　　　　・通所リハビリ(デイケア)  ・短期入所生活介護(ショートステイ)　　　　　・短期入所療養介護(ショートステイ)  ・福祉用具貸与　　　　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |

注）入居の決定は申込順によるものではありません

※提供側記入欄　　　　　　　　　　　受付　　　年　　月　　日　　　　・受付者

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |