

■ 入居申込書 ■

入居申込者（ご本人様）の状況

フリガナ		性別	要介護度	支1・支2・1・2・3・4・5
氏名		男・女	有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
生年月日	明・大・昭 年 月 日		保険者	宇部市 ・ 他市町村
現住所	〒 TEL () FAX () 携帯電話 ()			
心身の状況	<input type="checkbox"/> ア 認知症等のため常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> イ 過去3ヶ月以内に介護保険の介護サービスを利用したことがある <input type="checkbox"/> ウ 経管栄養、人工肛門、カテーテル、在宅酸素、その他の医療的管理が必要である <input type="checkbox"/> オ 施設や病院に入所（入院）中			

ご家族様の状況

<input type="checkbox"/> ア 介護者がいない（独居） <input type="checkbox"/> イ 家族が遠方の居住している <input type="checkbox"/> ウ 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> エ 家族はいるが、疾病、障害、育児、就労、その他の難事情により施設入所が必要である <input type="checkbox"/> オ その他 ()

担当ケアマネジャー

氏名		事業所名	
----	--	------	--

申込代行者

代行者		印	ご本人との関係
住所 (代行者)	〒 TEL () 携帯電話 ()		