

サービス付き高齢者向け住宅 アザレアンさなだ 入居申込書

受付日	平成 年 月 日	受付担当	
希望理由	独居・老々世帯・家庭事情・介護者病弱・その他()		
紹介元	ケアマネージャー()・友人、知人・市役所・その他		
ご本人	氏名	(フリガナ)	性別 男・女
			生年月日 M・T・S 年 月 日
	住所	〒	TEL () -
	介護保険者番号		認定年月日 年 月 日
	■要介護度		■認知症老人の 日常自立度
身障手帳 無・有 (種 級 交付日: 年 月 日 障害部位)			
ご本人の収入状況	年金の種類等		
担当の居宅介護 支援事業所等	事業所の名称		担当者
	TEL () -		
■居宅サービスの 利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/月) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/月) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/月) <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導(回/月) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/月) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/月) <input type="checkbox"/> 通所リハ(回/月) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(回/月) <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(回/月)		
相談者・ 申込者	氏名	(フリガナ)	生年月日 M・T・S 年 月 日
			年齢 歳
	住所	〒 -	
	TEL	() -	ご本人との関係
備考	主連絡先氏名		TEL() -
	様		携帯 - -
家族構成及び 連絡先	介護者に◎	氏名	年齢
			続柄
			同居・別居
			勤務先
			勤務先TEL (自宅・勤務先・携帯)

裏面へ続く

