

(あて先)

万陽苑 (従来型) 万陽苑清風館 (ユニット型) 第二万陽苑 第三万陽苑

### 入居申込書

|              |  |   |      |                 |  |  |  |  |  |      |            |
|--------------|--|---|------|-----------------|--|--|--|--|--|------|------------|
| 申<br>込<br>者  | 被保険者番号   |   |      |                 |  |  |  |  |  |      |            |
|              | ふりがな   |   |      |                 |  |  |  |  |  | 生年月日 | 明・大・昭      |
|              | 氏名   | Ⓜ   |      |                 |  |  |  |  |  |      | 年 月 日 ( 歳) |
|              | 住所   | 〒 - (電話) - -  |      |                 |  |  |  |  |  | 性 別  | 男 ・ 女      |
|              | 要介護度   | 要介護度 ( )  | 有効期間 | 年 月 日から 年 月 日まで |  |  |  |  |  |      |            |
|              | 現在の状況  | <input type="checkbox"/> 居宅サービスを利用<br>サービス名<br>[ ]<br>居宅介護支援事業者とケアマネージャー名<br>[ ]<br>家族の状況と主な介護者<br>[ ]  |      |                 |  |  |  | <input type="checkbox"/> 介護保険施設に入居 (院)<br>(老健・療養型施設名)<br>[ ]<br><input type="checkbox"/> 一般病院に入院 (病院名)<br>[ ]<br><input type="checkbox"/> その他の入居施設名<br>[ ] |  |      |            |
|              | 医療の状況  | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> その他<br><b>【現在治療中の病気・特記事項等】</b> かかりつけ医 _____ |      |                 |  |  |  |  |  |      |            |
| 障害の状況        | <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 言語機能障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害          |   |      |                 |  |  |  |  |  |      |            |
| 他施設への入居申込み状況 | 無・有 { <input type="checkbox"/> 万陽苑 従・ユ <input type="checkbox"/> 第二万陽苑 <input type="checkbox"/> 第三万陽苑 <input type="checkbox"/> その他( ) }<br>入居希望時期： できるだけ早く ・ 年 月頃 |   |      |                 |  |  |  |  |  |      |            |
| 入居を希望する理由等   | (※特例入居の事由 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 「有」の場合は別紙1にその事由について記載して下さい)  |   |      |                 |  |  |  |  |  |      |            |
| 家族等連絡先       | ふりがな<br>氏名   |   |      |                 |  |  |  | 申込者<br>との関係  |  |      |            |
|              | 住所   | 〒 - (電話) - - (携帯) - -   |      |                 |  |  |  |  |  |      |            |
| 同意書          | 今後の施策の参考とするため、この申込書の内容を県又は市町村に報告することに同意します。<br>令和 年 月 日<br><div style="text-align: right;">氏名 Ⓜ</div>  |   |      |                 |  |  |  |  |  |      |            |

※「被保険者証 (写)」と「直近3ヶ月分のサービス利用票及び別表 (写)」を添付して下さい。

※入居申込の有効期限は、要介護認定の有効期間の満了日までの期間とします。

※障害状況に該当する方は、障害者手帳(写)等を提出して下さい。