

(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 込 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 サービス名 () 居宅介護支援事業者とケアマネージャー名 () 家族の状況と主な介護者 ()						<input type="checkbox"/> 介護保険施設に入居 (院) (老健・療養型施設名) () <input type="checkbox"/> 一般病院に入院 (病院名) () <input type="checkbox"/> その他の入居施設名 ()			
	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 【現在治療中の病気・特記事項等】 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() } 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 氏 名							申込者 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。 令和 年 月 日 <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。