

住宅型有料老人ホーム けあらいふ花咲館 入居（体験）申込書

申込者連絡先	氏名：	続柄			
	〒				
	住所：				
	電話番号				
事業所記入欄	申込日	年 月 日	受付日	年 月 日	
	受付番号		担当者名		
	法人名	株式会社 厚友会			
	入居申込施設名	けあらいふ花咲館 旭川市花咲町7丁目2407番地17 0166-76-4107			

今後、郵便物等はこの連絡先へ送付いたします。

本人の状況	(フリガナ)		性別	保険者(番号)							
	氏名		男・女	被保険者番号							
	生年月日	大正・昭和 年 月 日 (満 歳)	要介護度	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)							
	要介護認定期間	平成 年 月 日 から	認定申請	平成 年 月 日							
		平成 年 月 日 まで	予定日								
	自宅住所	〒			電話番号						
	現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている									
	※自宅以外に居住している場合に記入	施設・病院の名称		所在地	〒						
		入所又は入院期間	平成 年 月から (年 ヶ月)		電話番号						
	入居申込理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労しているから、(昼間独居となりの常時の)十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住している事により十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を越えており、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> その他 ()									
		本人の入居意向	<input type="checkbox"/> 入居を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせて以内 <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難								
		在宅介護継続期間	年 月		居宅サービスの利用の有無	<input type="checkbox"/> 有 (下記についても記入してください) <input type="checkbox"/> 無					
		申込前月に利用中のサービス(月分)	訪問介護		訪問入浴		訪問看護				
			訪問リハ		居宅療養管理指導		通所介護				
			通所リハ		福祉用具貸与		短期入所生活介護				
短期入所療養介護											

