（様式1）

入 居 申 込 書

※ 該当事項を記入し、郵便又はFAXにてご提出をお願い致します。
※ 到着後、お電話にて申し込み内容のご確認をさせて頂きます。

※ 受付日は記入しないで下さい。

受付日	平成　　年　　月　　日

● 入 居 希 望 者

フリガナ		性別	介護保険証情報	
氏名		男・女	保険者の名称	
			被保険者番号	
生年月日	明・大・昭　年　月　日（　歳）		要介護状態区分	・未認定　・要支援（1・2） ・要介護（1・2・3・4・5）
担当ケアマネージャー（連絡先）	TEL（　－　－　）		要介護認定期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日迄
現住所	〒			

家族構成（未成年含む）	氏　名	生 年 月 日	続柄	就業・就学(*1)	居住
		明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）			同・別
		明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）			同・別
		明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）			同・別
		明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）			同・別
		明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）			同・別
		明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）			同・別
		明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）			同・別
		明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）			同・別
		明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）			同・別
		明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）			同・別
		明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）			同・別
		明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）			同・別
		明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）			同・別
		明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）			同・別
		明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）			同・別

現在の所在	1. 自宅で生活中　2. 親族等の家で生活中　3. 施設や病院に入所(院)中 施設・病院名（　） 施設連絡先（TEL　－　－　）(担当者名　） 退所(院)予定（平成　年　月　日・未定）
家族の状況	1. 一人暮らし 2. 家族全員(未成年者を除く)が要介護状態、病気療養中又は障害を有するため、介護が困難 3. 家族全員(未成年者を除く)が要支援状態又は75歳以上であるため、介護が困難 4. 同一世帯に要介護状態、病気療養中又は障害を有する者が複数いるため、介護が困難 5. 上記以外の状態で介護が困難 （　）
入居希望理由	

*1 仕事または学校で家を留守にする曜日、時間帯を記入して下さい。

● 申 込 者(施設との連絡を主にされる方)

フ リ ガ ナ		続柄	連絡先	自宅（　－　－　）
氏　名				携帯（　－　－　）
住　所	〒			

提出先　〒427-0111 静岡県島田市阪本2449-2　社会福祉法人 大心会　FAX:0547(38)5500