

住宅型有料老人ホーム

コミュニティハウス悠優みふね 入居申込書

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

申込者

住 所	〒
氏 名	Ⓜ 続柄 ()
電 話	自宅
	携帯

有料老人ホーム コミュニティハウス悠優みふねに入所したいので、**介護保険被保険者証(写)**を添えて次のとおり申し込みます。

入 所 希 望 者 の 状 況	申 込 先 (入所希望施設)	コミュニティハウス悠優みふね		保 険 者		
	フリガナ		性別	被保険者番号		
	氏名		男女			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳	要支援 要介護	1・2・3・4・5		
				要介護 認定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	現 住 所	〒 -				
	現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らししている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入所(入院)している →施設名または病院名 () 所在地 () →入所(入院)時期 (年 月 日から)				
	入居を希望する理由(該当するものを全て選んで下さい)	<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、障がい、疾病等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <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"/> その他 ()				
	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所 <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	医療状況	<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"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他 () ※現在治療中の病気・特記事項等 ()				
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ <input type="checkbox"/> 他施設の申し込みあり、又は今後他の施設申込予定					