

フォレストタウン・リバーサイドタウン 入居申込書

| | |
|-----|----------|
| 申込日 | 令和 年 月 日 |
| 受付日 | 令和 年 月 日 |

お申込者(連絡先)

今後の連絡先とさせていただきます

| | | | |
|-----|---|--------|--|
| ご住所 | 〒 | | |
| ご氏名 | | 本人との関係 | |
| お電話 | | | |

以下のとおり申し込みます。

| | | | | | |
|--|---|---|-----|---------|-----------------|
| 入居希望者の状況 | (フリガナ) | | 性別 | 保 険 者 | |
| | ご氏名 | 様 | 男・女 | 被保険者番号 | |
| | 生年月日 | M T S 年 月 日(歳) | | 要介護認定区分 | 要介護 1 2 3 4 5 |
| | 現住所 | 〒 | | | |
| 現況 | <input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族等と暮らしている <input type="checkbox"/> 病院・施設等に入院・入居している | | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 | | | | |
| 医療の状況 | <input type="checkbox"/> 指定居宅サービスを利用している | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 主治医 ● 所属医療機関 _____ ● 氏名 _____ <input type="checkbox"/> 特別な医療 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう増設 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他(_____) | | | | |
| 主たる介護者 | (フリガナ) | | 性別 | 本人との関係 | |
| | ご氏名 | | 男・女 | 生 年 月 日 | M T S 年 月 日(歳) |
| | 同居の区分 | <input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所 _____) | | | |
| | 意見 | 【介護をしている上で困っていること等】 | | | |
| (身元引受人) | (フリガナ) | | 性別 | 本人との関係 | |
| | ご氏名 | | 男・女 | 生 年 月 日 | M T S 年 月 日(歳) |
| | 同居の区分 | <input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所 _____) | | | |
| この申込みに際し、私及び私の家族等に関する情報を、個人情報保護法に基づいて使用されることに同意します。 本人又は家族等 _____ | | | | | |