看護小規模多機能型居宅介護　ナーシングホーム楓　登録申込書

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	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		性別	保険者	
	ご氏名	様	男・女	被保険者番号	
				要介護認定区分	要介護 1 2 3 4 5
	生年月日	M T S　年　月　日(　歳)		認定有効期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで
	現住所	〒			
	現況	□自宅で一人で暮らしている □自宅で家族等と暮らしている □病院・施設等に入院・入居している ● 病院・施設等の名称 ● 入院・入居期間　年　月から入院・入居中 ● 退院・退所の勧告　あり・なし			
		□その他			
		□指定居宅サービスを利用している ● サービスの種別 ● 居宅介護支援事業者 ● 担当ケアマネージャー			
	医療の状況	□主治医 ● 所属医療機関 ● 氏名			
		□特別な医療 □経管栄養　□胃ろう増設　□在宅酸素　□インシュリン注射　□人工透析 □その他(　)			
主たる介護者	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		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	□同居している　□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(予定者)	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		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	□同居している　□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

※介護保険証の写しを添付してください

株式会社　ケアフォレスト