

# ぼちぼち長屋・入居申込書 (高齢者 or 高齢者以外)

年 月 日

申請者 フリガナ 氏名 印 続柄  
住所 TEL ( )

身元引受人 フリガナ 氏名 印 続柄  
住所 TEL ( )

次のとおり申し込みます。

|                                   |                 |        |                   |             |            |
|-----------------------------------|-----------------|--------|-------------------|-------------|------------|
| フリガナ<br>利用者<br>氏 名                |                 | 男<br>女 | 生年<br>月日          | M<br>T<br>S | 年 月 日 ( 歳) |
| 住 所                               | 〒 _____ TEL ( ) |        |                   |             |            |
| 介護度                               |                 | 有効期間   | H 年 月 日 ~ H 年 月 日 |             |            |
| 主治医名                              | 医療機関名           |        |                   |             |            |
| 住 所                               | _____ TEL ( )   |        |                   |             |            |
| 担当ケアマネジャー                         | 居宅介護支援事業所名      |        |                   |             |            |
| 住 所                               | _____ TEL ( )   |        |                   |             |            |
| 本人の状況 (歩行・食事・排泄・入浴・痴呆の有無など)       |                 |        |                   |             |            |
| 家族の状況 (主たる介護者に○・同居以外の方も記入をお願いします) |                 |        |                   |             |            |
| 氏 名                               | 年齢              | 続 柄    | 連 絡 先             |             | 職業・健康状態    |
|                                   |                 |        |                   |             |            |
|                                   |                 |        |                   |             |            |
|                                   |                 |        |                   |             |            |
|                                   |                 |        |                   |             |            |
|                                   |                 |        |                   |             |            |

入居の判断の際必要があるときは、主治医やケアマネジャーと連絡を取り、本人の状況を確認する事に同意します。

本人氏名