（様式第１号）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　 （ あて先 ）

万陽苑（従来型）　万陽苑清風館（ユニット型）　第二万陽苑　第三万陽苑

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　　　　　　　込　　　　　　　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  | | | |  |
| ふりがな |  | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | 明・大・昭  　年　　月　　日（　　歳） |
| 氏　　名 | ㊞ | | | | | | | | | | | | |
| 性　　別 | | | 男　　・　　　女 |
| 住　　　所 | 〒　　　－　　　　　　　　　（電話）　　　　－　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | 要介護度（　　） | | | | | | 有効期間 | | | | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | | | | | | |
| 現在の状況 | 居宅サービスを利用  サービス名  　　居宅介護支援事業者とケアマネージャー名  　　家族の状況と主な介護者 | | | | | | | | | | | | | | | 介護保険施設に入居（院）  　　（老健・療養型施設名）  一般病院に入院（病院名）  その他の入居施設名 | |
| 医療の状況 | 経管栄養　胃ろう　インシュリン注射　透析　喀痰吸引　その他  【現在治療中の病気・特記事項等】　　　かかりつけ医 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害の状況 | 視覚障害　聴覚障害　言語機能障害　知的障害　精神障害 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 他施設への入居申込み状況 | 無・有 { 万陽苑 従・ユ 第二万陽苑 第三万陽苑 その他(　　　　　　　 ) }  入居希望時期：　　できるだけ早く　　・　　　年　　月頃 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入居を希望  する理由等 | （※特例入居の事由　有　無　　「有」の場合は別紙１にその事由について記載して下さい） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族等連絡先 | ふりがな  氏　　名 |  | | | | | | | | | | | 申込者  との関係 | | |  | | |
| 住　　所 | 〒　　 －　　　　（電話）　　－　　　－　　　　(携帯)　　 －　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同意書 | 今後の施策の参考とするため、この申込書の内容を県又は市町村に報告することに同意します。  　令和　　年　　　月　　　日  氏名　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | |

入　居　申　込　書

※「被保険者証（写）」と「直近１ヶ月分のサービス利用票及び別表（写）」を添付して下さい。

※入居申込の有効期限は、要介護認定の有効期間の満了日までの期間とします。

※障害状況に該当する方は、障害者手帳(写)等を提出して下さい。