

# 有料老人ホーム ニコアス東住吉 入居申込書

年 月 日

ニコアス東住吉 入居相談窓口 行き

申請者  
氏名 ⑩

---

関係 ( )

記

フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日		
入居希望者様氏名			年 齢		性 別	男 ・ 女
住 所	〒 -  電話 ( ) -					
現 在 の 状 況	<input type="checkbox"/> 自 宅 : ( 一人暮らし ・ ご夫婦で生活 ・ 家族と同居 ) <input type="checkbox"/> 入院中 : 病院名 ( ) 病名 ( ) <input type="checkbox"/> 施設入所中 : 施設名 ( )					
かかりつけ医療機関		科 目	科	主治医		
	電話番号 ( ) -			手段	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> その他	
介護保険	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) <input type="checkbox"/> 認定中 <input type="checkbox"/> 認定を受けていない					
	認定日 ( 年 月 日 )			有効期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )		
居宅介護支援事業所	事業所名:					
	ケアマネージャー:			電話 ( ) -		
保険種別	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療受給者証 <input type="checkbox"/> 社保 ( 本人・家族 ) <input type="checkbox"/> 国保 ( 本人・家族 ) <input type="checkbox"/> 共済 ( 本人・家族 ) <input type="checkbox"/> 生活保護					
身障手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ← 等級 級 障害名 ( )					
その他の証明書等						
家族又は緊急時の連絡先	フリガナ氏名	続 柄	住 電 話 番 号			
			〒 - (自宅) (携帯)			
			〒 - (自宅) (携帯)			
			〒 - (自宅) (携帯)			