

受付日 年 月 日 担当者

申込者記入欄	申込日	平成 年 月 日	住所	〒 -	市 区 町
	ふりがな 氏名			県・府	
	入居予定者 との続柄		連絡先	自宅 - 携帯 -	

入居 予定者・本人の 状況	ふりがな		性別	生年月日	大・昭 年 月 日	年齢
	氏 名		連絡先	自宅 - 携帯 -		歳
	住 所	〒 - 県・府 市 区 町				
	収入の種類	1 年金 (国民年金 ・ 厚生年金 ・ 共済年金) 年間 約 万円 2.給与 3 不動産収入 4 預貯金 5 有価証券 ()				
	要介護度	自立 申請中 要支援 1 2 要介護度 1 2 3 4 5	介護保険者 番 号			
	認定 有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	介護保険 被保険者証番号			
	居宅介護支援 事業所名		ケアマネ名 連絡先	様	-	-
	居宅サービスの 利用状況	無 有 有の方は下記の回数をお答えください) 訪問介護 週/回 訪問入浴 週/回 訪問看護 週/回 訪問リハ 週/回 デイサービス 週/回 デイケア 週/回 居宅療養管理指導 福祉用具貸与 短期入所生活介護 回/月				
	かかりつけ医	病院名: 主治医:	連絡先 - - 入居後の主治医変更は 可 ・ 不可			
	既往歴 入院歴	疾患名: 入院歴(疾患名・病院名等) 感染症 有 ・ 無 認知症 有 ・ 無				
身体状態	1) 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助必要 () 2) 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助必要 () 3) 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助必要 () 4) 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助必要 () 5) 移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 () 6) エレベーター移動 <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 不可 7) その他 ()					
入居申し込み 理由						
入居希望住宅	本館 アネックス 春日	階	入居希望 時期	すぐにでも 平成 年 月 日		

ふりがな		性別	生年月日	大・昭 年 月 日
身元引受人様 署名・捺印		連絡先	自宅 - 携帯 -	
住 所	〒 - 県・府 市 区 町			入居予定者 との続柄

入居ご希望条件について

月額費用	金額	支払可能額
家賃	円/月	円/月
共益費	円/月	円/月
食費	円/月	円/月
水道光熱費	使用料分を負担して頂きます	
公費負担額	医療・介護サービス利用負担額はご利用に応じて負担して頂きます。	
今後の支払いに対して…… 不安はない ・ 不安である		

介護保険料について…お支払いの段階に○を記入してください。

第1	第2	第3	第4	第5	第6	第7	第8	第9	第10	第11	第12	第13

65歳以上の人(第1号保険者)の保険料については、別紙または福山市のホームページを参考にしてください。

ご家族について

親族構成	氏名	続柄	年齢	居住区別	住所	連絡先
				同別		
				同別		
				同別		
				同別		
				同別		
				同別		

現在の生活場所について

自宅		
医療機関入院中	病院名:	
	連絡先:	
施設入所中	施設名:	
	連絡先:	

添付書類 : 介護保険証の写し 健康保険証の写し

注意事項

- * この入居予約申込書は、サービスハウスサンビレッジの入居に関する資料として使用します。
- * 居宅支援事業所・包括支援センター・医療機関に問い合わせをさせて頂く事がありますので、ご了承ください。
- * 申し込み内容に変更が生じた場合は、ご連絡をお願い致します。
- * 申し込みの記載内容が事実と相違する時は、申込に関する一切の権利を放棄して頂きます。
- * ご入居されるまでに、敷金以外に利用料金等を頂くことはありません。

サービスハウスサンビレッジ窓口問い合わせ先 社会福祉法人東光会 春日事業部

TEL:084-941-5255 FAX:084-941-5144