千年の杜　仮申込書（審査用紙）

申込日　　年　　月　　日　　対応者

申込者（入居予定者）	フリガナ		性別	男性 ・ 女性
	氏名			
	生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日	年齢	
	住所	〒		
	TEL	（携帯電話）		
	介護度	要介護・要支援　1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	負担割合	割
	現況	一人暮らし・同居・病院（　　）・施設（　　）		
	収入	☐ 国民年金　☐ 厚生年金　☐ その他		
	医療保険種類	☐ 後期高齢者　☐ 健康保険　☐ 国民健康保険　☐ 生活保護		
	病名			
	かかりつけ医		相談員	
	現在利用中の介護サービス	☐ 訪問介護（週　　回程度）　☐ 訪問看護（週　　回程度） ☐ デイサービス（週　　回程度）　☐ デイケア（週　　回程度） ☐ 小規模多機能（週　　回程度）　☐ ショートステイ（月　　回程度） ☐ 福祉用具貸与（　　） ☐ その他（　　）　☐ 利用していない		
	担当ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ	（事業所名）		

身元引受人	フリガナ		性別	男性 女性	続柄	
	氏名					
	生年月日	明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日			年齢	
	住所	〒				
	TEL	（携帯電話）				
	勤務先	（TEL）				

その他ご家族	フリガナ		性別	男性 女性	続柄	
	氏名					
	生年月日	明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日			年齢	
	住所	〒				
	TEL	（携帯電話）				

申込理由	☐ 自宅での生活に不安がある　☐ 高齢者世帯なので生活に不安がある ☐ 医療・介護の必要性が高く自宅ではみれない　☐ 病院や施設の退院・退去のため ☐ 今の病院・施設に不満がある　☐ 自宅で受けているサービスに不満がある ☐ その他（　　）
備考	情報源／ 病院からの紹介 ・ 施設からの紹介 TV ・広告（リビング新聞・南日本新聞 ・その他広告　　）・ホームページ・その他（ ※ 記載に不備があった場合、受付が出来ずご希望に添えない場合がございます。記載漏れ等無いよう、ご確認宜しくお願い致します。

【重要】この用紙は、入居を確約するものではありません。当法人の入居判定によっては、入居をお断りする場合があります。また入居判定理由については、お伝えする事はできませんのであしからずご了承下さい。

医療法人社団　永和会

No.　　入居判定　　可　　否