**利用申込書**

あっとほーむ　上山田・

戸倉上山田温泉

管理者　殿

　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　申込書　1

申込者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

住所　〒　　－

℡　　　　（　　　）

本人との続柄　　（　　　　　　　　）

下記の通り

あっとほーむ上山田・戸倉上山田温泉

に入居したく申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人 | | | フリカナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 男  ・  女 | 生年  月日 | | Ｍ・Ｔ・Ｓ  　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒　　　　－    　℡　　　　　（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入居  理由 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在  の  状況 | | | １、自宅　主介護者  　　　　　受診中病院名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科  ２、施設入所中　施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　～　　　　　　　　迄　）  ３、病院入院中　病院名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　～　　　　　　　　迄　）  ４、その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院  入所歴  ５年間 | | | 年　　月頃～　　　　年　　　　月迄　病院・施設名　　　　　　　　　理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険  被保険者番号 | | | | | |  | | |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | | 有効期限  　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 認定結果 | | 〔区分〕要支援・要介護：１・２・３・４・５・未  〔認定年月日〕　　　　年　　　月　　　日　※申請中の方〔申請日〕　　　　年　　　月　　　日  　居宅介護支援  事業所名　　　　　　　　　　　　　　　ケアマネージャー氏名  　（ＴＥＬ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 収入状況 | | 年金種類　　　　　　　　　　　　年金額　　　　　　　　　　円／月  その他収入　　　　　　　　円　（内容：　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳 | | | |  | | | 身体障害者手帳：有（　　　　年　　月　　日～　　　　級　　　　　　　　無  視覚　　聴覚・言語障害　　肢体不自由　　内部障害　　身体の重複障害 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活保護受給者 | | | | | | | | 福祉保健センター名  ℡　　　（　　　）　　　　　　　　　　　　担当者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①　　　　　　　　　　　　〔申込者〕  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | 続柄 | | | | | | | | | | 年齢  　　　　歳 | |  | | | | | |
| 自宅住所　〒　　　　―  勤務先名  ℡　　　（　　　　）　　　　　携帯℡　　　　（　　　　）　　　　　勤務先℡　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ②  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | 続柄 | | | | | | | | | | 年齢  　　　　　歳 | | |  | | | | |
| 自宅住所　〒　　　　―  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　勤務先名  ℡　　　（　　　　）　　　　　携帯℡　　　　（　　　　）　　　　　勤務先℡　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | 続柄 | | | | | | | | | | 年齢  　　　　　　歳 | | | |  | | | |
| 自宅住所　〒　　　　―  勤務先名  ℡　　　（　　　　）　　　　　携帯℡　　　　（　　　　）　　　　　勤務先℡　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | 続柄 | | | | | | | | | | 年齢  　　　　　　　歳 | | | | |  | | |
| 自宅住所　〒　　　　―  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　勤務先名  ℡　　　（　　　　）　　　　　携帯℡　　　　（　　　　）　　　　　勤務先℡　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族構成 |  | | | | | | | | | | | | | | | | 同居家族 | | | 氏名 | |  | | | | | | | | 続柄・年齢 |  | 歳 |
|  | | | | | | | |  | 歳 |
|  | | | | | | | |  | 歳 |
|  | | | | | | | |  | 歳 |
|  | | | | | | | |  | 歳 |
|  | | | | | | | |  |  |
| 備考 | 入所後のご本人様の希望  入所後のご家族様の希望 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |