

令和 年 月 日

【申請者(手続きに来られた方)】

ふりがな 氏 名		続 柄	
住 所	〒 -		
電話番号			
携帯電話番号			

【入居申込者】

ふりがな 氏 名		性 別	□男 . □女
生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)		
住 所	〒 - 電話番号		
介護保険	被保険者番号		認定日 令和 年 月 日
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 2 <input type="checkbox"/> 要介護 1 <input type="checkbox"/> 要介護 2 <input type="checkbox"/> 要介護 3 <input type="checkbox"/> 要介護 4 <input type="checkbox"/> 要介護 5	
	認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
健康保険	種 別		種 別
	記号番号	障害者手帳	判 定
年金等	種 別		

【健康状態】

認知症の診断	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> その他()		
診断医療機関 認知症自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V	診断時期	年 月 頃
認知症の症状 (具体的に)			
治療中の病名:	病名:	病名:	
	病名:	病名:	
かかりつけ医	病院名:	主治医:	
	病院名:	主治医:	
	病院名:	主治医:	

※裏面もご記入ください

【入居希望状況】

