アートケア・ホーム入居申込書

令和　　年　　月　　日

申込者	氏名	本人　・　家族（続柄：　　）　・　その他（　　）
	住所	
	連絡先	（　　）

利用者	ふりがな 氏名　　印	男 女	生年月日　明　・　大　・　昭 年　　月　　日　　歳
	住所　〒　　－ 現在	電話

要介護状態区分	要支援（　1　・　2　）　要介護（　1　・　2　・　3　・　4　・　5　）
認定の有効期間	年　　月　　日　　から　　年　　月　　日　　まで
連帯保証人　1 （緊急連絡先）	氏名　　印　　続柄 住所 電話　自宅　（　　）　勤務先等
連帯保証人　2 （緊急連絡先）	氏名　　印　　続柄 住所 電話　自宅　（　　）　勤務先等

家族の状況

続柄	氏名	年齢	住所	職業	同・別

金銭管理状況	現在　　入居後
現在の状況	1　在宅で生活中 2　施設入所中　　施設名： 3　入院中　　医療機関名：　　主治医： 病名： 服薬名： 現在必要な医療行為：パウチ・バルーンカテーテル・経管栄養　他（　　）

本　人　の　状　況（該当するものを〇で囲んでください）

移動：　自立　・　一部介助　・　全介助　・　独歩

杖歩行　・　歩行器使用　・　車いす　・　その他（　　）

食事：　自立　・　一部介助　・　全介助

主食（　常食　・　粥　）　副食（　常菜　・　きざみ　・　ミキサー　）

排泄：　日中　自立　・　一部介助　・　全介助

ポータブル　・　オムツ使用

夜間　自立　・　一部介助　・　全介助

ポータブル　・　オムツ使用

障害老人の日常生活自立度：　（正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2）

認知症高齢者の日常生活自立度：　（正常・Ⅰ・Ⅱ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M）

問題行動：有・無　徘徊　・　不潔行為・　その他（　　）

感染症：　有（　　）　結核　無　　肝炎　無

他施設への申し込み：　有　・　無 施設名：	施設処理欄

（裏面に添付書類等の記載があります）

この入居申込書の提出をもって、入居が決定するものではありません。後日、面接調査のうえ、入居の決定をいたします。

○ 入居が決定しましたら提出をして頂く添付書類。
添付書類のご用意が出来ない場合はご相談に応じます。
出来る　　出来ない

1 添付書類
①介護保険者証コピー ・ 介護負担割合証コピー
②住民票
③所得証明書・前年の収入額が分かる物の写し（確定申告書又は源泉徴収票等）
（アートケア・ホーム1号館 2階 ・ 3階 ・ 4階 のみ）

【裏　面】