

うちくる《 》入居申込書

申込状況

☐ 第2希望（うちくる）

受付職員名

身元引受人(連絡先)

フリガナ

氏 名

続柄

申込日

〒

令和 年 月 日

住 所

電話番号(携帯)

入居希望者の状況

フリガナ

性別

氏 名

男・女

住 所

〒

生年
月 日

明・大・昭

年

月

日

(歳)

介護保険証・負担割合証・医療保険証の添付が無ければ受付できません

必ず
チェック

☐ 介護保険証

☐ 負担割合証

☐ 医療保険証

☐ 介護認定新規申請中

申請日

月

日頃

生活
保護

☐ 有

☐ 無

心身障害者
医療費助成制度

☐ 有

☐ 無

生活状況

☐ 自宅で一人暮らし

☐ 自宅で家族と暮らしている

☐ 病院や特養などの施設に入っている

現 況

病院や施設に入っている方は右記を記入してください

病院又は施設名

医療の状況

☐ 経管栄養

☐ 胃ろう

☐ 在宅酸素

☐ インシュリン注射

☐ バルーン

☐ その他()

【病歴・現病】

医療機関名

入居した場合、施設提携医院への変更を希望する

☐ はい

☐ いいえ

☐ どちらでもよい

在宅

サービスの
利用状況

居宅介護支援
事業所名

電話番号

()

入居した場合、居宅介護事業所の変更を希望する

☐ はい

☐ いいえ

☐ どちらでもよい

介護支援専門員
(ケアマネージャー)

フリガナ

氏 名

通所しているデイサービス

名称:

所在地:

電話番号:

利用曜日:

月

火

水

木

金

土

日

アレルギーの有無

① 薬品

☐ 有()

☐ 無

② 食物

☐ 有()

☐ 無

備考

ショート
ステイ

事業所名()

電話番号()

利用日 ()

月

日～

月

日

連絡先 ()

緊急時の
第2連絡先

氏名()

電話番号()

住所(〒

)

続柄()

入居申し込みされた方で他施設への入居が決まった方は、☎ 0120-116-662 までご連絡ください。

お申し込みは、FAX:0586-64-7062 または 郵送:うちくる東海支店 〒494-0003 愛知県一宮市三条字四反田37-1へお送りください。