

(様式1)

ケアハウス光の子
施設長・末 瀬 昌 和 様

写 真

平成 年 月 日

申込者氏名 印

利用者	フリガナ 氏 名	印	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳
	住 所	要介護度			未・自立・支(1・2)介(1・2・3・4・5)
		配偶者			有 ・ 無
		介護支援事業所名			
	電 話	介護支援専門員名			
身元保証人	フリガナ 氏 名	続柄 ()	住 所		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳	電 話		
身元保証人	フリガナ 氏 名	続柄 ()	住 所		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳	電 話		

*保証人の選任が困難な場合はご相談ください。

現在の居所(生活の場所) ①在宅 ②病院入院中 ③他の施設等(施設名:)				
主な収入 年金(年金・月額 万円		その他の収入(・月額 万円)		
健康保険の種類				
既往症				
介護が必要になった時期・病歴等				
かかりつけ医療機関		電話		医師名
かかりつけ医療機関		電話		医師名

生活歴の概要				
--------	--	--	--	--

施設利用に関すること	管理費等の支払い	①本人が支払う		
		②一部家族が支払う	支払う家族等	
		③全額家族が支払う	お名前 (続柄)	
施設への希望	ご本人			
	ご家族			