住ま居るメディカ入所申込書（メディカⅠ・Ⅱ・土岐）

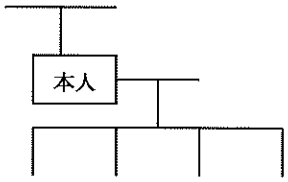
TEL　0572-45-2122　　FAX　0572-43-6662（メディカⅠ・Ⅱ）　0572-44-7758（土岐）

入所希望者	フリガナ		担当ケアマネージャー	
	氏名		事業所名	
			担当者名	
	生年月日	年　月　日　歳	ＴＥＬ	
	住所		ＦＡＸ	
			被保険者番号	
	ＴＥＬ		介護度	要支援２・１・２・３・４・５・区変中
入所申請者	フリガナ		認定日	年　月　日
	氏名		有効期間	年　月　日 ～　年　月　日
	続柄		既往歴	
	住所			
	ＴＥＬ			
	携帯電話			

現在の環境	＊在宅　＊入院中（　　）＊施設（　　）＊その他（　　）		
主たる介護者		続柄	
障害者手帳	有　・　無		
主治医	病院名	医師氏名	

家族等状況	氏名	続柄	住所	連絡先

独居・夫婦二人・配偶者と・その他



介護状況（介護していて困っている事など）

在宅サービス利用状況

□訪問介護（週　　回）□デイサービス（週　　回）□デイケア（週　　回）□訪問看護（週　　回）
□訪問リハ（週　　回）□ショートステイ（　　）□その他（　　）（週　　回）

＊受付日　令和　　年　　月　　日

＊担当者：　　印