高齢者総合ケアセンター　きららラポール尾道　・　きららラポール西御所　・　きららラポール桜並木　入居申込書

＊NO:	申　込　日	平成　　年　　月　　日

申込者	住　　所	〒　　－ 都 道 府 県　　市 区 郡		
	フリガナ		本人との続柄	
	氏　　名	㊞		
	電話番号	(　　)　　－	携帯電話	－　　－

ご希望の施設の□内に☑(チェック)をお願いします。

□きららラポール尾道	□ 介護付有料老人ホーム （居室:Aタイプ　／　Bタイプ） ※ご希望の居室タイプに〇印をお願いします。	□ 認知症対応型共同生活介護 （グループ　ホーム）
□きららラポール西御所	□ 介護付有料老人ホーム （居室:通常タイプ　／　特別室） ※ご希望の居室タイプに〇印をお願いします。	□ サービス付き高齢者向け住宅
□きららラポール桜並木	□ サービス付き高齢者向け住宅	

入居希望者の状況	保 険 者 名		被保険者番号	
	要介護度	要支援１・２ 要介護１・２・３・４・５	認 定 の 有効期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで
	フリガナ		性 別	明治・大正・昭和　年　月　日生
	氏　　名		男・女	(西暦　年) [　歳]
	住　　所	〒　　－ 都 道 府 県　　市 区 郡	電話番号(　　)　－	
	現在利用している施設・サービス等	□ 自宅で暮らしている □ 養護老人ホーム、有料老人ホーム等に入所(入居)している。 □ 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している。 □ その他 (　　) 施設等に入所(入居・入院)している場合 施設名又は病院名： (所在地)：		
	入居希望理由	□住居の構造が適していないために介護が困難　□家族の介護負担が大きい □一人暮らしで在宅生活に不安 □介護老人保健施設・病院等から退所・退院を求められているが在宅での介護が困難		
	入居希望時期	□ 今すぐ入居したい □ 将来的な希望		
	申 込 状 況	□ 当該施設のみ申し込み　□ 他の施設にも申し込み中		

施 設 記 入 欄

保証人①(身元引受人)

フリガナ		続柄		性 別
氏　　名	㊞			男・女
生年月日	昭和・平成　年　月　日 (西暦　年)	年齢	[　歳]	
住　　所	〒　　－ 都 道 府 県　　市 区 郡			
電話番号	(　　)　　－	携帯電話	－　　－	
フリガナ		所属		
勤務先				
勤務先住所	〒　　－　　電話番号(　　)　－ 都 道 府 県　　市 区 郡　　内線(　　)			

保証人②(身元引受人)

フリガナ		続柄		性 別
氏　　名	㊞			男・女
生年月日	昭和・平成　年　月　日 (西暦　年)	年齢	[　歳]	
住　　所	〒　　－ 都 道 府 県　　市 区 郡			
電話番号	(　　)　　－	携帯電話	－　　－	
フリガナ		所属		
勤務先				
勤務先住所	〒　　－　　電話番号(　　)　－ 都 道 府 県　　市 区 郡　　内線(　　)			

担当ケアマネージャー等	□ケアマネージャー　□医療SW　□支援相談員　□その他(　　)		
事業所名			
担当者名		電話番号	

情報提供者に関する 入居希望者の同意確認欄	私は、入居申込施設が尾道市・居宅介護支援事業所・主治医等から私の介護認定・その他入居に関わる必要な情報の提供を受けることに同意します。 平成　年　月　日 入居者氏名　㊞ 代筆者氏名　㊞

＜必要書類チェック欄＞
□介護保険証(写)　□介護保険負担割合証(写)　□後期高齢者医療被保険者証(写)
□身元保証書　□収入申告書　□健康診断書　□介護支援専門員からの意見書　□入居申込書(当用紙)

180515