



ふりがな		男 ・ 女	大正 ・ 昭和	
入居希望者 氏名			年 月 日生 歳	
現住所	〒 -			
現在の療養先				
かかりつけ医療機関				
認知症診断名				
介護保険	要介護状態区分： 要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5）			
	被保険者番号：			
	有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日			
	負担割合： 1割 ・ 2割 ・ 3割			
ふりがな		男 ・ 女	大正 ・ 昭和 ・ 平成	
申込者 氏名	続柄（ ）		年 月 日生 歳	
現住所	〒 -			
連絡先	氏名	続柄	電話番号	時間帯
ケアマネジャー	事業所名	担当者	電話番号	
年金等	約 円 / 月			
最近のご本人の様子				