**高齢者住宅ももその**

**利用申込書**

**申込日　　　　年　　　月　　　日**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ≪申込者≫　※利用希望者（本人）と同一の場合には、下段「利用希望者（本人）」欄から記載してください。 | | | | | |
| ふりがな | | | ご本人との関係 | | |
| お名前 | | |  | | |
| 住　　所  〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　）　　　　ー | | | | | |
| ≪利用希望者（本人）≫ | | | | | |
| ふりがな | | 生年月日 | | | 年齢 |
| お名前 | | 大正・昭和  　　　年　　月　　日　生 | | | 歳 |
| 手帳情報（該当の場合は、以下に記載ください） |
| 要介護度（○で囲む） | | | 身体障害者手帳  （　　　級）  精神障害者保健福祉手帳  （　　　級）  療育手帳　（　　　級） |
| なし  要支援（　１　・　2　）  要介護（１・２・３・４・５） | | |
| 住　　所  〒  　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　）　　　ー | | | | | |
| 現在治療中の病気 | 左記以外で、これまでにかかったことがある病気 | | | | |
| ①  ②  ③  ④  ⑤  ⑥ | ①  ②  ③  ④  ⑤  ⑥  **裏面にも続きます** | | | | |
| 医療機関名と診療科 | 電話番号 | | | 主治医名 | |
| （　　　　　科） | （　　　）　　　- | | |  | |
| （　　　　　科） | （　　　）　　　- | | |  | |
| （　　　　　科） | （　　　）　　　- | | |  | |
| （　　　　　科） | （　　　）　　　- | | |  | |
| （　　　　　科） | （　　　）　　　- | | |  | |
| （　　　　　科） | （　　　）　　　- | | |  | |
| 現在利用されている介護サービスや生活支援サービス  例）デイサービス 3回/週　、　自費のヘルパーに部屋の掃除を依頼 2回/週　、等 | | | | | |
| 入居希望理由（差し支えない範囲で結構です） | | | | | |
| 入居に当たって、心配なことや相談したいこと | | | | | |

記入後、「郵送」または「持参」のいずれかの方法で下記までお届けください。

申込受付後、待機者リストに登載させていただき、順番が来次第、連絡をさせていただきます。

**※ご契約は利用決定後に行います**

**ご提出方法は、郵送か持参で下記までお届けください。**

**〒400-0301　南アルプス市桃園379**

**高齢者住宅ももその**

**担当：渡邊**

**電話　055-280-1055**