


株式会社イー・ケアグループ 利用申込書

お申し込み日	平成 年 月 日			
お申込者	ふりがな		性別	入居希望者との続柄
	氏名			
	住所	〒		
	電話	()	FAX	()
ご希望の施設	●住宅型有料老人ホーム ※口内に点をお願いします。 <input type="checkbox"/> フローレンス南箱根 <input type="checkbox"/> りなの森 <input type="checkbox"/> フローレンス川島田 <input type="checkbox"/> フローレンス新富士 <input type="checkbox"/> フローレンス富士の郷 <input type="checkbox"/> 指定なし ●グループホーム <input type="checkbox"/> イー・ケア中里 <input type="checkbox"/> イー・ケア座間 ●小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> イー・ケア中里			
入居ご希望者	ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和
	氏名		年 月 日	
	住所	〒		
	電話	()	性別	男・女
お体の状態 ※該当欄に○	要介護度	申請中 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)		
	介護保険被保険者番号		介護保険証有効期限	年 月 日から 年 月 日
	認知症症状	有・無	身体・精神障害者手帳	有(身体・精神 級)・無
	●移動について	自立	一部介助	介助 (福祉用具の使用：有・無)
	●食事について	自立	一部介助	介助 (福祉用具の使用：有・無)
	●入浴について	自立	一部介助	介助 (福祉用具の使用：有・無)
	●着脱について	自立	一部介助	介助
●排泄について	自立	一部介助	介助 (オムツ等の使用：有・無)	
●飲酒について	有・無			
●喫煙について	有・無			
コミュニケーションの状態	●視力について	支障なし	多少不自由	生活に支障あり
	●聴力について	支障なし	多少不自由	生活に支障あり
	●会話について	理解できる	多少理解できる	理解が難しい
ご希望の入居日	平成 年 月 日			
ご紹介者様	事業所名	担当者様名 様		
利用料のお支払方法	<input type="checkbox"/> 自動引落し (<input type="checkbox"/> 静岡銀行・ <input type="checkbox"/> その他の金融機関) ・ <input type="checkbox"/> 振込			
生活保護の受給有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※月々の年金受給額(1ヶ月)			円
生活保護を受給されている方は記入して下さい	希望施設に入居した際の保護額 _____ 円 ※年金、冬季加算等は除く			
	基礎年金番号		年金コード	
	担当ケースワーカー	部署名：	氏名：	連絡先：
現住居(施設等)				

※入居希望者様が複数いる場合はコピー等でお使いください。

※株式会社イー・ケアが運営する老人ホーム及び介護事業所では、利用者又はその親族の方が暴力団員等の反社会的勢力であることが判明した場合には、ご利用をお断りして頂いております。


株式会社 イー・ケア
 〒410-0055
 静岡県沼津市高島本町16-16
 三井生命沼津高島本町ビル2F
 TEL 055-924-5218
 FAX 055-926-6730