老後の住まいコンシェルジュ
ウェルフェア（生活保護の方の入居先紹介）窓口　宛

FAX 050-3510-9230
お急ぎの方はお電話で　TEL 0120-99-1440（平日 9:00〜18:00）

入居先ご依頼票

専門職の方向け（病院・福祉事務所・相談支援事業所など）

ご記入日：＿＿＿年＿＿月＿＿日　　全1枚　1〜2分でご記入いただけます

- 受信後、担当者より折り返しお電話し、詳しい状況はお電話でお伺いします。わかる範囲のご記入で構いません。
- 対象の方のお名前は**イニシャル**でご記入ください（お名前はお電話でお伺いします）。
- ご相談・ご紹介は無料です。ご依頼いただく方にも、ご入居される方にも費用はかかりません。

① ご依頼者さま

ご所属	☐ 病院　☐ 福祉事務所　☐ 相談支援事業所　☐ 居宅介護支援事業所　☐ 地域包括支援センター ☐ その他（＿＿＿＿＿）		
機関名		**部署**	
お名前		**職種**	☐ MSW　☐ CW　☐ 相談支援専門員 ☐ ケアマネジャー　☐ その他
TEL		**FAX**	
ご連絡のつきやすい時間	☐ 午前　☐ 午後　☐ いつでも　☐ 指定あり（＿＿＿時頃）		

② ご相談の区分　（あてはまるものすべて）

☐ 一般（介護保険の施設）　☐ 生活保護　☐ 障がい福祉（65歳未満・障害支援区分4以上 など）

③ 対象の方

イニシャル	＿＿＿．＿＿＿　例：Y．K	**年齢・性別**	＿＿＿歳　☐ 男　☐ 女
現在の場所	☐ 入院中　☐ 施設入所中　☐ 在宅（　☐ 独居　☐ 同居　）		

退院・退去の期限	☐ あり　→　＿＿＿月＿＿＿日 まで　☐ なし・未定 期限の近いご依頼から優先してご連絡します。

④ 制度・状態

要介護度	☐ なし　☐ 申請中　☐ 要支援（ 1　2 ）　☐ 要介護（ 1　2　3　4　5 ）
障害支援区分	☐ なし　☐ 申請中　☐ 区分（ 1　2　3　4　5　6 ）
生活保護	☐ 受給中　☐ 申請中　☐ なし　　福祉事務所名：＿＿＿＿＿＿＿＿
認知症	☐ なし　☐ あり　☐ 不明
医療的ケア	☐ なし　☐ 胃ろう・経管栄養　☐ たん吸引　☐ インスリン　☐ 透析 ☐ 在宅酸素　☐ カテーテル　☐ ストーマ　☐ 褥瘡　☐ その他（＿＿＿＿＿）

⑤ ご希望

月額の目安	☐ 15万円未満　☐ 15〜20万円　☐ 20〜30万円　☐ 30万円以上　☐ 生活保護の範囲内
キーパーソン	☐ あり　☐ なし

⑥ ひとこと　（お困りの点、他社で断られた、急いでいる理由など）

☐ **ご本人（またはご家族）から、当社への情報提供について同意を得ています。**

運営：老後の住まいコンシェルジュ　ウェルフェア（welfare-soudan.com）
〒150-0036 東京都渋谷区南平台町16-28 DAIWA渋谷スクエア6F
ご記入いただいた情報は、入居先のご紹介とそのためのご連絡にのみ使用します。

当社記入欄
受付No.　＿＿＿＿＿＿
受付日時　＿＿＿＿＿＿
担当　＿＿＿＿＿＿