

入 所 申 込 書

(県南地区共通様式)

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム ひまわり苑 施設長 様

申込者 住 所 〒 -

氏 名	続柄 ()
電話番号	()
連絡先	()

特別養護老人ホーム ひまわり苑 に入所を希望しますので、次のとおり申し込みます。

入 所 対 象 者	保険者番号		被保険者番号										
	フリガナ	※必ずフリガナもご記入ください											
	氏 名							性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
	生年月日							年 齢	歳				
	住 所	〒 -											
	電話番号	()				FAX番号	()						
	要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 介護認定申請中 (<input type="checkbox"/> 変更) 申請日： 令和 年 月 日											
	認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで											
	現在の環境	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 病院名または施設名 ()											
		担当居宅介護支援事業所名						担当介護支援専門員名					
	その他の施設申込状況	.					.						
家 族 等 の 状 況	氏 名	続 柄	年 齢	職 業	同居・別居	別居先の電話等							

私は、上記入所申込者情報、及び他調査情報について、市町村介護保険事業計画策定の他、入所ガイドラインによる判定のため、関係保険者から情報提供を求められた場合には、その使用について同意します。【「介護保険被保険者証」の写しを添付】

入所対象者氏名

申 込 者 氏 名

(施設記入欄)

特 記 事 項		受 付 印	