

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

特別養護老人ホーム 高松さんさん荘
施設長 殿

次のとおり、貴施設に入所いたしたく、入所申し込みします。

		入所申込年月日	年 月 日
申込者の氏名		被保険者との関係	
申込者の住所	〒 _____ 電話番号 (連絡先) (この欄は、申込者が被保険者本人の場合は記入不要です。)		

被 保 険 者 等	保険者	名称	被保険者番号										
		番号											
	フリガナ							生年月日					
	氏名							性別					
	住所		〒 _____ 電話番号 _____										
	現在の要介護認定の結果等		要介護状態区分		1	2	3	4	5	その他()			
			有効期間		から					まで			
	現在の状況		1 居宅 2 介護老人福祉施設 (施設名:) 3 介護老人保健施設 (施設名:) 4 介護療養型医療施設 (施設名:) 5 病院等の医療機関 (医療機関名:) 6 その他の施設 (施設名:) ※1から6のいずれか該当するものに○をし、その施設名等を記載してください。										
			心身の状況										
			精神の状況										
入所希望年月日		年 月 日											
入所を希望する理由													

- ① この申込の内容については、介護老人福祉施設の入所希望者情報として、介護保険の保険者(市町)に対して提供することに同意します。
- ② 被保険者番号を記載しない場合にあつては、氏名、生年月日、性別、住所、電話番号、要介護認定の結果について、入所申込者数を把握するための調査資料として、県へ提供することに同意します。

被保険者 _____ (印)

担当ケアマネジャー _____