

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

介護老人福祉施設たくま荘施設長 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	平成	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				
	(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	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		男 ・ 女									
保	住 所		〒																
			電話番号																
險	現在の要介護認定の結果等		要介護状態区分		要支援 1		要支援 2		1	2	3	4	5						
			その他 ()																
			有効期間		平成		年		月	日	から			平成	年		月	日	まで
者	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:)																
等	(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			平成 年 月 日																
入所希望を希望する理由																			

- 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、県へ提出することに同意します。

被保険者 _____ (印)