

入 所 申 込 書

(県南地区共通様式)

令和 年 月 日

施設長 様

申込者 住 所 〒 _____

氏 名 _____ 続柄 (_____)

電話番号 (_____)

連絡先 (_____)

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 _____ 印
 申込者氏名 _____ 印

(施設記入欄)

特 記 事 項	_____	受 付 印
