

特別養護老人ホーム翠明院 入所申込書 (No. )

入所を希望するので、下記のとおり申込みます。

		申込日	年 月 日								
		受付者									
入所希望者	ふりがな			性別							
	氏名				男・女						
	住所	〒 ー		生年月日 明・大・昭 年 月 日 ( 歳)							
		電話 ( )	fax ( )								
健康保険	種別			記号・番号							
年金	種別										
介護保険	被保険者番号									保険者名	
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5										
認定の有効期間	年 月 日					～	年 月 日				
担当介護支援 専門員					事業所名						

申込者	住所	〒 ー								
		電話 ( )	携帯 ( )							
	ふりがな			入所希望者 との続柄						
氏名										
連絡先	住所	〒 ー								
		電話 ( )	携帯 ( )							
	ふりがな			入所希望者 との続柄						
氏名										

※ 申込者以外の方への連絡を希望される方は、連絡先もご記入下さい。

申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。または申し込む予定。 既に申し込んだ施設名 ( ) ( ) 申し込み予定施設名 ( ) ( )
説明確認書	私は、入所申し込みの際し、入所順の決定方法及び状況の変化に伴う届け出について施設から説明を受けました。また、今後施設において、この入所申込書の内容を検討委員会にて検討及び県又は市町村から情報把握のため提示を求められる事に同意します。 年 月 日 氏名 続柄 ( )





