

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム孝の郷)入所申込書

記入例

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
住所	〒		
電話	()	携帯電話	()
申込者氏名	㊟ 続		

入所対象者本人の同意の有無
 ※原則として入所申込者は本人及び家族又は代理人となり
 ※今後の連絡先とさせていただきます。

申込者の氏名等、各項目の記入と
 捺印を3ヵ所をお願いします。

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所対象者	フリガナ		性別	男 女
	氏名		生年月日	M T S 年 月 日
	介護保険被保険者番号		保険者	
	要介護度		保険者番号	
	要介護認定期間	年 月 日から 年 月 日まで	現住所	〒
	連絡先	電話 () / 携帯電話	施設名及び病院名を ご記入下さい。	
	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 介護保険施設や病院等に入所(院)中 ◇ 施設(病院)名称 (記入例:〇〇病院、老人保健施設〇〇) ◇ 入所(院)の時期 (年 月 日から) <input type="checkbox"/> 居宅介護サービス利用中 ◇ 居宅介護支援事業所 (記入例:〇〇居宅介護支援事業所 居宅〇〇) ◇ 担当ケアマネージャー ()			
主たる介護者	フリガナ		性別	男 女
	氏名	入所対象者の介護を 主に行っている方の氏名	生年月日	M T S 年 月 日
	本人との関係		同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	現住所	〒	家族構成	
	連絡先	電話 () / 携帯電話 ()	介護困難な理由をご記入下さい。	
身元引受人	フリガナ		性別	男 女
	氏名		生年月日	M T S 年 月 日
	連絡先(電話)		同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	現住所	〒	本人との関係	同居されている 人数をご記入下 さい。
申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設にのみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設に申し込んでいる、今後申し込む予定 ◇ 施設名 : ◇ 施設名 :			
以上は、特別養護老人ホーム入所指針の説明を したものです。		該当する項目に☑を入れて下さい。 また、他施設の特別養護老人ホーム に申し込みを行っている場合には、 施設名のご記入をお願いします。		
必ず写しを添付して下さい。 なお、被保険者証の前面を広 げての写しをお願いします。				
本人			㊟	
家族(又は代理人)			㊟	

※①申込の際には、介護保険被保険者証(写)を添付してください。

※②要介護1又は2の方については、特例入所の該当要件を「介護者の意見」欄に記入してください。

