

社会福祉法人北信福祉会
 ハッピー愛ランドあだち入居申込書

施設名：ハッピー愛ランドあだち

施設記入欄	申込日	令和 年 月 日
	受付日	令和 年 月 日
	受付施設名	ハッピー愛ランドあだち
	受付者	

ハッピー愛ランドあだちに入居を希望するので、下記のとおり申込みます。

入居希望者	ふりがな		性	男	生年月日	明 大 昭 年 月 日
	氏 名		別	女	年 齢	(歳)
	住 所	〒 -		本人の同意	あり	なし
TEL(自宅)： - -						
被保険者番号					要介護度	3 4 5 (1 2)
保 険 者 番 号	0	7	2	1	0	8
認 定 年 月 日	平成 年 月 日		保 険 者 名	二本松市		
			認 定 の 有 効 期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
利 用 者 負 担 割 合	<input type="checkbox"/> 1割 ・ <input type="checkbox"/> 2割		限 度 額 認 定 証 の 有 無	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階) <input type="checkbox"/> なし		

※：上記太枠内は、入居希望者の介護保険被保険者証から転記して下さい。

申 込 者	住 所	〒 -		【入居希望者と同じ住所の場合は「同上」で結構です】		
	ふりがな		TEL(自宅)：	-	-	
	氏 名		TEL(携帯)：	-	-	
			生年月日	年 月 日	年 齢	
			昭和・平成	年 月 日		
主 介 護 者	住 所	〒 -		【申込者と同じ場合は「同上」で結構です】		
	ふりがな		TEL(自宅)：	-	-	
	氏 名		TEL(携帯)：	-	-	
			生年月日	年 月 日	年 齢	
			昭和・平成	年 月 日		
主介護者の意見 (介護困難事由)						
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他 ()					

説明確認欄	私は、入居申込みに際し入居順位の決定方法及び状況の変化に伴う届出について説明を受けました。また、入居検討委員会における検討資料作成の為、介護支援専門員等による調査の受入や保険者・居宅介護支援事業所等からサービス利用票等の写しを徴することに同意します。					
	令和 年 月 日 入居希望者 印 (代筆可)					
	申込者氏名 印					