

# 【 伊達市の方 用 】

社会福祉法人 北信福祉会

## (地域密着型) 介護老人福祉施設入所者生活介護入居申込書

(申し込みを希望される施設名に☑を付ける)

施設名：ハッピー愛ランドほばら  
ハッピー愛ランドほばら・いずみ

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日
受付者				

入居を希望するので、下記のとおり申し込みます。

入所希望者	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	〒960- <b>伊達市</b>		本人の同意	あり	・	なし			
					TEL(自宅):	-	-			
					TEL(携帯):	-	-			
被保険者番号					要介護度	3	4	5	( 1 2 )	
保険者番号	0	7	2	1	3	2	保険者名			伊 達 市
認定年月日	平成 年 月 日				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"/> なし

※1：地域密着型特養については伊達市以外に居住の方、伊達市以外の保険者の方は申し込み出来ません。

※2：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】							
			TEL(自宅):	-	-					
			TEL(携帯):	-	-					
	ふりがな		生	年	月	日				
	氏名		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】							
			TEL(自宅):	-	-					
			TEL(携帯):	-	-					
	ふりがな		生	年	月	日				
	氏名		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施設から説明を受けました。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	氏名	印 (本人)		代筆可	
						代筆者氏名	印 (続柄:		)	