

特別養護老人ホーム 入居申込書

施設名：ハッピー愛ランドたむら 宛

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	〒 -		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					保険者名		市・町・村		
認定年月日		平成・令和 年 月 日			認定の有効期間		平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日		
利用者負担割合		<input type="checkbox"/> 1割・ <input type="checkbox"/> 2割・ <input type="checkbox"/> 3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		

※1：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			続柄					
	昭和・平成			印					
	年月日 (歳)								
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			続柄					
	昭和・平成			印					
	年月日 (歳)								
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 ()									
他施設への申込 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()									

説明確認欄	<p>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。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 氏名 _____ 印 (本人) 代筆可</p> <p style="text-align: center;">代筆者氏名 _____ 印 (続柄:)</p>
-------	---