

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

介護老人福祉施設施設長 殿

次のとおり、貴施設に入所いたしたく、入所申し込みします。

	入所申込年月日	年 月 日
申込者の氏名	被保険者との関係	
申込者の住所	〒 電話番号 (連絡先) (この欄は、申込者が被保険者本人の場合は記入不要です。)	

被 保 者	保険者	名称 番号	被保険者番号														
	フリガナ						生年月日										
	氏名						性別										
	住所	〒					電話番号										
	現在の要介護認定の結果等	要介護状態区分	1	2	3	4	5	その他( )									
		有効期間	から					まで									
	現在の状況	1 居宅 2 介護老人福祉施設 (施設名: ) 3 介護老人保健施設 (施設名: ) 4 介護療養型医療施設 (施設名: ) 5 病院等の医療機関 (医療機関名: ) 6 その他の施設 (施設名: )															
	1から6のいずれか該当するものに○をし、その施設名等を記載してください。	心身の状況															
		精神の状況															
	入所希望年月日	年 月 日															
	入所を希望する理由																

- ① この申込の内容については、介護老人福祉施設の入所希望者情報として、介護保険の保険者(市町)に対して提供することに同意します
- ② 被保険者番号を記載しない場合にあつては、氏名、生年月日、性別、住所、電話番号、要介護認定の結果について、入所申込者数を把握するための調査資料として、県へ提供することに同意します。

担当介護支援専門員 機関名: 担当者名:
----------------------------

被保険者 \_\_\_\_\_ 印

※優先入所の希望 (有・無)