

入所申込書

特別養護老人ホーム

施設長様

入所希望者（申込者）		申込年月日	平成 年 月 日
フリガナ		保 険 者	
氏 名		被 保 険 者 番 号	
生 年 月 日		要 介 護 度	3・4・5, (特例) 1・2
性 別	男・女	有 効 認 定 期 間	年 月 日～ 年 月 日
現 住 所	〒 (該当する場合) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者住宅 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス・軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム		
本人の居所 (現住所と異なる場合に記入)	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> その他 () 入院・入所先名称 () 入院・入所時期 (平成 年 月～) 退院・退所予定日 (平成 年 月頃)		
給付制限			
認定審査会意見			

申込代理者（申込者が本人でない場合は、下の欄にお書きください。）

氏 名		入所希望者との続柄	
住 所	〒 電話番号 ()		

上記入所希望者について、介護保険法に基づき要介護認定を受けましたので、この入所申込書により入所を希望します。

なお、入所の待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また、要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

申込予定	貴施設のみ ・ 他にも申し込む 箇所 (予定)		
同意書	入所希望者、介護者を円滑に支援するために、京都市等に、この申込内容を情報提供することに同意します。		
	年 月 日	氏名	印

担当介護支援専門員氏名	
事業所名	
連絡先電話番号	

事務処理欄

受付年月日	年 月 日
受付者	