

(別紙1)

入 所 申 込 書

平成 年 月 日

特別養護老人ホーム

() 殿

特別養護老人ホーム()に入所したいので、申し込みます。

ふりがな				性別	男 ・ 女
本人氏名	印				
現住所	〒				
連絡先	電話番号 ()				
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ()歳				
介護保険証	被保険者番号				
	要介護度	要支援・要介護 1・2・3・4・5			
	認定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで			
その他保険証等	健康保険	種別	番号		
	年金	種別			
	障害者手帳	種類	判定級	障害名	
居宅サービス等の利用状況(ケアプラン)添付でも可	サービス種類	1月あたり利用回数	事業所名		
家族構成 ※独居の場合は備考欄に「独居」とご記入下さい。 主たる介護者	氏名	年齢	続柄	備考	
担当介護支援専門員	事業所名				
	氏名				
他の施設へ申し込みの有無					
(施設使用欄) 整理番号 _____					

身元引受人(家族・近親者等)

ふりがな				続柄	
氏名	印				
現住所	〒				
連絡先	電話番号 () 携帯等				

特別養護老人ホーム岩出の郷
施設長 青沼孝好 殿

記入例 (見本)

赤字の記入例を参考にご記入下さい

特別養護老人ホーム岩出の郷に入所したいので、申し込みます。

ふりがな 本人氏名	いわでさとこ 岩 出 郷 子 (印)		性別	男 ・ (女)
現住所	〒989-6434 宮城県大崎市岩出山字下川原町84-4			
連絡先	電話番号 0229 (72) 1201			
生年月日	明治・(大正)・昭和 15年 12月 12日 (87)歳			
介護保険証	被保険者番号	0001234567		
	要介護度	要支援・要介護 1・2・3・(4)・5		
	認定期間	平成15年12月1日から平成16年11月30日まで		
その他保険証等	健康保険	種別 後期高齢 番号 00029500		
	年金	種別 国民年金老齢		
	障害者手帳	種類 身体障害者手帳判定2級 障害名 脳梗塞による左上肢不自由		
居宅サービス等の利用状況 (ケアプラン) 添付でも可	サービス種類	1月あたり利用回数	事業所名	
	日帰り介護(デイサービス)	4回	岩出デイサービスセンター	
	訪問介護(ホームヘルパー)	10回	岩出ホームヘルパーステーション	
	短期入所生活介護(ショートステイ)	1回(平均5日)	岩出の郷	
	その他……			
家族構成 ※独居の場合は備考欄に「独居」とご記入下さい。 主たる介護者	氏名	年齢	続柄	備考
	岩出太郎	88歳	夫	独居の場合はこちらに独居と記入
	岩出花子	66歳	長女	
	岩出一郎	66歳	長女の夫	
	岩出花子	66歳	長女	
担当介護支援専門員	事業所名	岩出ケアセンター		
	氏名	鈴木太郎		
他の施設へ申し込みの有無	・清風苑 ・あじさい園 ……			
(施設使用欄) 整理番号	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 当施設にて記入しますので何も書かないで下さい。 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> 複数で申し込まれている場合にご記入ください。ない場合は「なし」とご </div>			

身元引受人(家族・近親者等)

ふりがな 氏名	いわでいちろう 岩 出 一 郎 (印)		続柄	長女の夫
現住所	〒989-6434 宮城県大崎市岩出山字下川原町84-4			
連絡先	電話番号	0229 (72) 1201	携帯等	090-6220-0097