

申込日	年	月	日	受付日	年	月	日
-----	---	---	---	-----	---	---	---

社会福祉法人巻老人福祉協会 特別養護老人ホーム入所申込書

申込者

住 所	〒 -		
フリガナ			入所希望者との続柄
氏 名			⑩
電話番号	自宅	()	
	携帯	()	

貴施設に入所したいので次のとおり申し込みます

入所希望施設	特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 白寿荘東 <input type="checkbox"/> 白寿荘西		
入所希望者氏名	(フリガナ)	性 別	男 ・ 女
		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
現住所	〒 - TEL ()		
介護保険	被保険者番号		保険者番号
	要介護度	認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
健康保険	後期高齢者 国保 健保 組合 その他 ()		
	被保険者番号		保険者番号
県 障	無・有	受給者番号	障害者手帳 無・有(種 級 障害名:)
現 況	<input type="checkbox"/> 自 宅 (単 身 ・ 同 居) <input type="checkbox"/> 施設 (病院) に入所 (入院) 中 名称 :		

説明 確認 及び 情報 収集 に 係る 同意	私は、貴施設への入所申込に際し、入所申込から入所契約までの手続き及び入所順位について施設から説明を受けました。		
	なお、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲において、私(入所希望者及びその家族)に関する情報を市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保健施設及び医療機関から収集することに同意します。		
	平成 年 月 日	入 所 希 望 者	⑩
		入所希望者の家族	⑩

※添付書類 介護保険証(写し)

裏面もご記入をおねがいします。

家族構成					
氏名	続柄	性別	生年月日	勤務先等	電話番号

担当介護支援専門員			
氏名		連絡先	()
事業所名			

在宅サービス利用状況			
訪問介護	回/週	ショート	日/月位
訪問看護	回/週	デ イ	回/週

留意事項	<p>本入所申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡してください。</p> <p>【連絡先】 特別養護老人ホーム白寿荘東 TEL 0256-72-5531 FAX 0256-72-6170 担当者 <u>生活相談員 笹川 紘 詩</u> <u>生活相談員 亀井 沙矢香</u></p> <p>特別養護老人ホーム白寿荘西 TEL 0256-72-1077 FAX 0256-72-1119 担当者 <u>生活相談員 早川 久美子</u> <u>生活相談員 山保 綾子</u></p>
------	--

入所希望者の意向	直ちに	3ヶ月以内	6ヶ月以内	1年以内	1年以上
<p>※他施設への申込状況</p> <p><input type="checkbox"/>白寿荘東 <input type="checkbox"/>白寿荘西 にのみ申し込んでいる</p> <p><input type="checkbox"/>他の施設にも申し込んでいる</p> <p>(他の施設名) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>					