

(様式1) ※太ワクの中をすべて記入してください(不明な点は、施設にご相談ください)   
 ※口欄は、該当するものに×を記入してください

## 指定介護老人福祉施設等(特別養護老人ホーム)入所申込書

入所を希望する者	フリガナ		保険者名						
	氏名		被保険者番号						
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( ) 歳	性別(男・女)						
	現住所	(郵便番号 - )		電話番号( - - )					
	認定状況	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている <申込日現在の介護度> 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) <認定有効期間> 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 区分変更申請中 (令和 年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 更新申請中 (令和 年 月 日申請)							
<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けていない <input type="checkbox"/> 認定申請中 (令和 年 月 日申請)									
世帯状況			<input type="checkbox"/> 同居家族がいない(一人暮らし) <input type="checkbox"/> 同居家族がいる						
入所を希望する理由 ( 該当するものはすべて選んでください。 )	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所等を求められているが、受け入れが困難なため。 <input type="checkbox"/> その他 ( )								
指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム 天寿園 施設長 殿 貴施設に入所を希望するため、申し込みます。 貴施設が入所判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者、市町村、地域包括支援センター、病院、施設等から情報提供を受けることに同意します。また、市町村が居宅介護支援事業者等に、入所申込者の状況等を確認することに同意します。 令和 年 月 日 (申込者) 住所 氏名 印 (続柄)									

提出者(連絡先)

氏名:	続柄:	電話番号:
〒: -		
住所:		





