

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）入所申込書

特別養護老人ホームリベラルサンシャイン
 施設長 川 西 基 雄 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 （この欄は、申込者が被保険者本人の場合は記入不要です） （連絡先）		

保険者	名称					被保険者番号													
	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		要介護状態区分 1 2 3 4 5 その他（ ）																	
認定の結果等		有効期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで																	
現在の状況 1 から 6 のいずれか該当するものに○をし、その施設名を記載して下さい		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： ）																	
		心身の状況																	
		精神の状況																	
入所希望年月日																			
入所希望する希望理由																			

この申し込みの内容について、介護老人福祉施設の入所希望者情報として、介護保険の保健者（市町）に対して提供することの同意します。

被保険者

印