

入 所 申 込 書

令和 年 月 日

社会福祉法人サンシャイン会 殿

氏 名 印

写真貼付欄

特別養護老人ホームリベラルサンシャインを利用したいので
下記により申し込みます。

フリガナ 利用者氏名		生年月日
住 所	電話番号	
本 籍		
連帯保証人 氏 名	緊急時連絡親族 氏 名	
郵便番号 住 所	郵便番号 住 所	
電話番号 携帯番号	電話番号 携帯番号	
続 柄	続 柄	
勤務先名 電話番号	勤務先名 電話番号	

利用申込者の状況

主な履歴（出生地・学歴・職歴・家族歴等）			

宗 教		趣 味	
介護保険者	介護被保険者番号	要介護度	

親族等の連絡先

氏 名	続 柄	住 所	電 話 番 号

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 _____ <small>（この欄は、申込者が被保険者本人の場合は記入不要です）</small> <small>（連絡先）</small>		

保険者	名称											
	番号											
フリガナ		被保険者番号										
氏名											生年月日	
											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	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで									
現在の状況 <small>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</small>	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