

## 介護老人福祉施設 杜の園 入所申込書

申 込 日

平成 年 月 日

申込者（窓口に来た人）

氏 名		本人との続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子（同居・別居）
			<input type="checkbox"/> その他（ ）	
住 所	〒 ー			
電 話	（ ）		携帯電話	

入 所 希 望 者 の 状 況	被保険者番号		認定有効期間	平成 年 月 日まで		
	ふりがな		要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
	氏 名			性 別	男 ・ 女	
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日（満 歳）				
	現住所	〒 ー				
ご本人の居 所	<input type="checkbox"/> 在 宅 <input type="checkbox"/> 病 院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
	施設名					
	期 間 平成 年 月 日から入所・入院している					
	住 所 〒 ー					
電 話 （ ）						
主 な 介 護 者	ふりがな		性別	男・女	本人との関係	
	氏 名			生年月日		明・大・昭 年 月 日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している（住所 ）				
介護している上で困っていること						
連 絡 先	氏 名	続柄	住所 〒 ー			
			電話 （ ）	携帯		
氏 名	氏 名	続柄	住所 〒 ー			
			電話 （ ）	携帯		
同 意 書	私は、この申込書の内容を保険者・在宅介護支援センター私の担当ケアマネジャー・入所を希望する施設へ提供することに同意します。また、入所申込者名簿作成にあたり、転出等の資格異動状況について、入所申込みをした施設から保険者へ確認することに同意します。					
平成 年 月 日 本人署名						

※この申込書に『介護保険被保険者証』のコピーを添付してください