

入 所 申 込 書

(県南地区共通様式)

平成 年 月 日

地域密着型 特別養護老人ホームさくら 施設長 様

〒 -

申込者住 所

氏 名 続柄 ()

電話番号 ()

連絡先 ()

地域密着型 特別養護老人ホームさくら に入所を希望しますので、次のとおり申し込みます。

入 所 対 象 者	保 険 者 番 号		被 保 険 者 番 号										
	フリガナ	※必ずフリガナもご記入下さい											
	氏 名										性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	生 年 月 日	年 月 日						年 齢	歳				
	住 所	〒 -											
	電 話 番 号	()				FAX 番 号	()						
	要 介 護 状 態 区 分	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 介護認定申請中 (<input type="checkbox"/> 変更) 申請日：平成 年 月 日											
	認 定 有 効 期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 まで											
	現 在 の 環 境	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 病院名または施設名 ()											
		担当居宅介護支援事業所名					担当介護支援専門員名						
	その他の施設申込状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

家族の状況	氏名	続柄	年齢	職業	同居・別居	電話番号(別居の場合)

私は、上記入所申込者情報、及び他調査情報について、市町村介護保険事業計画策定、他施設の入所ガイドラインによる判定のため情報提供を求められた場合には、その使用について同意します。

【「介護保険被保険者証」の写しを添付】

入所対象者氏名 ⑩

申込者氏名 ⑩

(施設記入欄)

特 記 事 項		受 付 印	

情報提供書に記入しきれなかった事項についての追加情報

身体状況・ADL・疾病・家族の事情・住宅環境 他について

追加情報等の記入について・・・

この範囲内で、介護支援専門員情報提供書に書き入れなかった内容等ありましたら項目別等に
分けて入力して一緒に提出して下さい。

※尚、入力内容等は、プレビュー等で確認後印刷して下さい。

尚、追加情報があった際の情報提供書は、この書式と決まっているわけではあり
ませんので、各事業所・CM作成の書式でも良いかと思えます。