

地域密着特別養護老人ホーム 入居申込書

平成 年 月 日申込 (初回・再提出:受理No.)

申込者氏名 (連絡先)	(フリガナ)	印	続柄	(生年月日) 昭和 年 月 日
住所	〒			
電話	ご自宅	携帯電話		
	勤務先	名	称	

注) 本人の同意確認ならびに利用契約書に署名押印できない場合には、法定代理人(成年後見人等)の選任をお願いします。但し選任されていることが必ずしも利用を保証するものではありません。

注) 入居申し込みは本人及び家族そのほかとなりますが、裏面の同意欄と同じ場合は押印は不要です。

注) 電話等は今後の連絡先とさせていただきます。

地域密着特別養護老人ホームを利用したいので、次のとおり申し込みます。

氏名	(フリガナ)	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢 満 歳	
		生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年 月 日	
現住所	〒 -	栗原市	電話番号 ()		
介護保険	被保険者番号	保険者名	栗原市		
	要介護度	<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			
	認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請中		
担当介護 支援専門 員	<input type="checkbox"/> いる	(フリガナ)			
	事業所名	氏名	<input type="checkbox"/> いない		
	電話 ()				
健康保険	(種別・記号番号)				
年金等	(種別)	<input type="checkbox"/> 厚生年金	<input type="checkbox"/> 国民年金		
生活保護支給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	重度心身医療証受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
障害者手帳等	手帳の種類	(障害名)			
	判定 級(度)	年 月 日			
入居希望者の 状況	現況	<input type="checkbox"/> 家族と同居(人) <input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 一人暮らしで身寄りがない <input type="checkbox"/> 主な介護者の住所 <input type="checkbox"/> 本人と同じ <input type="checkbox"/> 県内(市在住) <input type="checkbox"/> 県外(県 市在住) <input type="checkbox"/> 現在利用しているサービスが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ディサービス() <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 用具レンタル() <input type="checkbox"/> ショートステイ() <input type="checkbox"/> 小規模多機能型介護等() <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 自宅以外で生活している → 場所の名称及び時期などをご記入ください <input type="checkbox"/> 病院() 平成 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 施設() 平成 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> その他() 平成 年 月 日 ~			
	主たる 介護者	(フリガナ)	男・女	続柄	同居・別居
			生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	就労週(時間)
		住所	年 月 日		
		氏名(家族等)	続柄	年齢	同居・別居
					住所(本人と同じ場合不要)
			<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"/>		

