

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とよなか荘施設長 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(連絡先)	
(この欄は、申込者が被保険者本人の場合は記入不要です。)		

被 保 者 等	保険者	名称											被保険者番号														
		フリガナ											生年月日														
		氏名											性別														
		住所											電話番号														
		現在の要介護認定の結果等	要介護状態区分	3 4 5			その他 ()										有効期間	から					まで				
		現在の状況	1 居宅											2 介護老人福祉施設 (施設名:)													
		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ください。	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																									
入所を希望する理由																											

同意書

- ①この申込の内容について、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険者(市町)に対して提供することに同意します。
- ②この申込書の内容(氏名、生年月日、性別、住所、要介護認定の結果)について、入所申込者数を把握するための調査資料として、市及び県へ提供することに同意します。

被保険者

