

社会福祉法人 宏志会 施設入居申込書

社会福祉法人 宏志会
施設長 高田 和夫 様

- 特別養護老人ホーム天界園 (ユニット型個室 ・ 従来型多床室)
 小規模型特別養護老人ホーム 双樹園 (ユニット型個室のみ)
 小規模型特別養護老人ホーム 寿楽園 (ユニット型個室のみ)
(希望するものにレ点を記して下さい)

入居 申込者	被保険者番号										申込日	令和 年 月 日
	ふりがな										生年月日	明大昭 年 月 日 (歳)
	氏名										性別	男 ・ 女
	住所	〒 -									電話番号	()
	介護認定結果	要介護状態区分	1	2	3	4	5					
		有効期間	年 月 日から			年 月 日						
	過去3か月の介護保険利用の有無	居宅の場合										
有 ・ 無	施設の場合	施設名	担当者名									
	期間	年 月 日から										
居宅介護支事業所名	担当者					電話番号 ()						

現状	待機場所	自宅 病院 施設 ()									
	世帯	単身	二人暮らし	家族	介護者の有無	有 ・ 無	続柄	年齢	歳		

連絡先	氏名					本人との関係					
	住所	〒 -				電話番号	()				

主治医	医療機関名					主治医					
	所在地					電話番号	()				

※添付書類 介護保険被保険者証、基本調査票、生活シート、診療情報提供書(診断書)等
令和 年 月 日
入居の申込にあたり、上記の内容及び別紙「重要事項」の説明を受け同意の上、入居申込をいたします。
続柄() 氏名

〈本人を代理して介護支援専門員等が申込む場合に記入して下さい。〉

申込代理者欄	〈説明確認事項〉	入居申込に係る重要事項説明・必要な手続き等について確認の上、申込み者に報告します。									
		令和 年 月 日									
	事業者名	電話番号 ()	氏名								