

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 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 基本調査票、介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、介護保険負担限度額認定証 (該当者) 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	印										