

記入例

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 (ユニット型個室のみ)
 - 小 (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)

介護保険被保険者証に記載されている10桁の数字です

入居申込者	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	申込日	令和	○年	○月	○日	
	ふりがな	たかさき たろう										生年月日	明太昭	○年	○月	○日	(○歳)
	氏名	高崎 太郎										性別	男・女				
	住所	〒370-0855 高崎市下佐野町553番地										電話番号	027 (320) 2228				
	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	訪問介護、ショートステイ、デイサービス、福祉用具のレンタル等、使用しているサービスを記入														
	有・無	施設の場合	施設名	老人保健施設○○					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	長女	年齢

連絡先	氏名	高崎 花子			本人との関係	長女
	住所	〒370-0855 高崎市下佐野町553番地			電話番号	027 (320) 2228

主治医	医療機関名	○○病院			主治医	○○ ○○
	所在地	○○市○○町○○番地○			電話番号	123 (456) 7890

※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
 和 ○年 ○月 ○日
 入居の... 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。
 介護保険証、負担割合証、（お持ちの方は限度額認定証）のコピーを添付お願いします。 続柄（長女）氏名 高崎 花子

〈本人を代理して介護支援専門員等が申込み場合に記入して下さい。〉

申込代理者欄	本人・ご家族の場合は記入の必要ありません。ケアマネジャー等が代理者の場合に記入し、押印してください。					認の上、申込み者に報告します。
	事業者名	電話番号 ()			氏名	印