

特別養護老人ホーム長寿苑入所申込書

特別養護老人ホーム長寿苑施設長様

特別養護老人ホーム長寿苑に入所したいので次のとおり申し込みます。

		入所申込年月日	令和	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 (この欄は、申込者が被保険者本人の場合は記入不用です。)					

被 保 険 者 等	保険者	名称						被保険者番号												
		番号																		
	フリガナ												生年月日	明	大	昭				
	氏名												性別	男	女					
	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 1 2 3 4 5 その他() 有効期限 平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで																		
	現在の状況	1 居宅 2 介護老人福祉施設(施設名:) 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																		
優先入所希望の有・無																				
在宅介護開始時期		平成・令和 年 月頃から約 年																		
入所を希望する理由																				

家族構成	氏名	年齢	続柄	同居	氏名	年齢	続柄	同居

同居されている方は同居欄に をつけてください

この申し込みの内容については、介護老人福祉施設の入所希望情報として、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。

被保険者番号を記載しない場合にあつては、氏名、生年月日、性別、住所、電話番号、要介護認定について、入所申込者数を把握するための調査資料として、県へ提出することに同意します。

被保険者 印