

(様式 1)

特別養護老人ホーム入所申込書

|     |       |     |       |
|-----|-------|-----|-------|
| 申込日 | 年 月 日 | 受付日 | 年 月 日 |
|-----|-------|-----|-------|

申込者（連絡者）今後、郵送物等などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

|      |  |
|------|--|
| 郵便番号 |  |
| 住 所  |  |
| 氏 名  |  |
| 電 話  |  |

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

|               |  |     |  |
|---------------|--|-----|--|
| 申し込み先（入所希望施設） |  | 保険者 |  |
|---------------|--|-----|--|

1 入所希望者の状況

|        |   |      |               |   |   |   |   |  |  |
|--------|---|------|---------------|---|---|---|---|--|--|
| (フリガナ) |   | 性 別  | 被保険者番号（右詰で記入） |   |   |   |   |  |  |
| 氏 名    |   | 男・女  |               |   |   |   |   |  |  |
| 生年月日   | 大・昭 年 月 日   | 要介護度 | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 |  |  |
| 現 住 所  | 〒 —   |      |               |   |   |   |   |  |  |
| 現 況    | <input type="checkbox"/> 一人暮らしである <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老人保健施設等の施設や病院に入っている<br>・施設名又は病院名： (所在地 市町村)<br>・入所又は入院時期： 年 月から [ 入所・入院 ] している |      |               |   |   |   |   |  |  |
| 入所希望時期 | <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までに入所したい   |      |               |   |   |   |   |  |  |
| 申込状況   | <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。<br><input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は今後申し込む予定。<br>・既に申し込んでいる他の施設名 ( ) ( ) ( )<br>・今後申し込む予定の他の施設名 ( ) ( ) ( )                         |      |               |   |   |   |   |  |  |

2 主たる介護者

|        |  |     |        |             |
|--------|--|-----|--------|-------------|
| (フリガナ) |  | 性 別 | 本人との関係 |             |
| 氏 名    |  | 男・女 | 生年月日   | 大・昭・平 年 月 日 |
| 同居の区分  | 同居している <input type="checkbox"/> 別居している（住所： ） |     |        |             |
| 意 見    | 【介護をしているうえで困っていること等】                         |     |        |             |

※「被保険者証」をご持参のうえ当該施設へ提出してください。