

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

つしまの郷 申込書

介護老人福祉施設

申込者氏名			続柄	
申込者住所	〒 ー			
電話番号		携帯		

入所希望者氏名	(フリガナ)		年齢	歳	
			性別	男	女
			生年月日		
現住所	〒 ー				
		電話番号			
介護保険	被保険者番号		保険者名		
	要介護度	要介護 3	要介護 4	要介護 5	
	認定期間	年 月 日	～	年 月 日	負担割合
健康保険	(種別) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険			負担減免	
年金等	(種別)				
障害者手帳等	(手帳の種類)		(障がい名:)		
	(判定)		級(度)	年	月 日
現況	<input type="checkbox"/> 自宅(単身・高齢者世帯・同居世帯)				
	<input type="checkbox"/> 施設(病院)名: 年 月 日				
医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 () <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開・人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 感染症 なし・あり () <input type="checkbox"/> その他 ()				
	病名(現在治療中)	医療機関		期間	
	病名(既往歴)	医療機関		期間	
担当介護支援専門員	氏名			電話番号	
	事業所名				

入所開始希望日	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい 他施設申し込み状況 () <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日までに入所したい。	
---------	---	--

【申し込み理由】

留意事項 本入所申込書記載した事項に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をお願いいたします。
【連絡先】 介護老人福祉施設 つしまの郷
電話 (025) 279-3557
FAX (025) 279-3554

説明確認及び情報収集に係る同意

私は、貴施設への入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。
なお、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、わたし（入所希望者及びその家族）に関する情報を、市町村、担当地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、又、関係市町村に報告提供することに同意します。

令和 年 月 日

入所希望者 印

入所希望者の家族 印

家族構成〈同居家族・本人の子供〉

氏名	続柄	住所	連絡先

特記事項