

天童市内

## 指定介護老人福祉施設入所申込書

申 込 日	年 月 日
-------	-------

申込者（連絡先）今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

氏 名	(フリガナ)	続 柄	
住 所	〒		
電 話		<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> 携帯
入所希望者本人の同意の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不 可 能

貴特別養護老人ホームを利用したいので、次のとおり申し込みます。

フリガナ		性 別	生 年 月 日		
氏 名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明治・大正・昭和 年 月 日生		
現 住 所	郵便番号	電話番号			
被保険者番号		保険者名（市町村名）	<input type="checkbox"/> 天童市 <input type="checkbox"/> 市外		
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 更新・申請中				
健康保険	<input type="checkbox"/> 長寿医療保険 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> その他	記号			
年 金 等	<input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 恩給	支 給			
	<input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 農業者年金 <input type="checkbox"/> その他	年 額			
生活保護受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害者手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている。 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型介護 <input type="checkbox"/> その他				
	<input type="checkbox"/> 施設や病院へ入所または入院中 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 病院（一般） <input type="checkbox"/> 病院（療養） <input type="checkbox"/> その他 名称（ ） 年 月 日～				
家族等の状況 (主たる介護者にし点を記入)	氏 名	続 柄	生 年 月 日	同居・別居	備 考
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居	
入所希望者の状況	主治医	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	医 療 機 関 名		
	担当ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	事業所の名称	担 当 者	

