

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生	
		電話番号		
現住所	〒			
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"/> 後期高齢医療保険 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> その他		記号・番号	
年金等	<input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 農業者年金 <input type="checkbox"/> その他		支給 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（ 級） <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			
家族等の状況 (主たる介護者にレ点を記入)	<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～			
		氏名	続柄	生年月日
	<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

