

入 所 申 込 書

(県南地区共通様式)

平成 年 月 日

医療法人小野崎医院 指定介護療養型医療施設 施設長

申込者 住 所 〒 -

氏 名	続柄 ()
電話番号	()
連絡先	()

医療法人小野崎医院 指定介護療養型医療施設に入所を希望しますので、次のとおり申し込みます。

入 所 対 象 者	保険者番号		被保険者番号			
	フリガナ	※必ずフリガナもご記入ください				
	氏 名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	生年月日		年齢	歳		
	住 所	〒 -				
	電話番号	()	FAX番号	()		
	要介護 状態区分	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <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"/> 介護認定申請中 (<input type="checkbox"/> 変更) 申請日： 平成 年 月 日				
	認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで				
	現在の 環 境	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 病院名または施設名 ()				
	担当居宅介護支援事業所名		担当介護支援専門員名			
その他の施設申込状況	・ ・ ・ ・					
家族等の状況	氏 名	続 柄	年 齢	職 業	同居・別居	電話番号 (別居先の場合)

私は、上記入所申込者情報、及び他調査情報について、市町村介護保険事業計画策定、他施設の入所ガイドラインによる判定のため情報提供を求められた場合には、その使用について同意します。

【「介護保険被保険者証」の写しを添付】

入所対象者氏名 印

申 込 者 氏 名 印

(施設記入欄)

特記事項	受付印