

指定介護老人福祉施設入所申込書

(特別養護老人ホーム 五岳園)

入所を希望するので、下記のとおり申し込みます。

		申込日	令和 年 月 日	受付者	
入所希望者	ふりがな	性別		生年月日	
	氏名	男	明・大・昭		年 月 日
		女			() 歳
	住所	〒 ー (Tel)			
保険者				要介護度	1・2・3・4・5・未
被保険者番号					
認定の有効期間		平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日			
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす				
	<input type="checkbox"/> 他の施設(老健・療養型・福祉施設)に入所中(施設名)				
	<input type="checkbox"/> 現在入院中(病院名 時期 平成・令和 年 月頃から)				
<input type="checkbox"/> 介護する人がいない					
<input type="checkbox"/> 介護する人が(高齢・病気・就労中・育児中・複数介護)で自宅では困難					
<input type="checkbox"/> 介護する人の(身体的・精神的)負担が大きくて自宅では困難					
<input type="checkbox"/> 自宅で介護を始めた時期(年 月頃から)					
<input type="checkbox"/> 現在、居宅サービスを利用している(いる・いない)					
申し込み状況	<input type="checkbox"/> 五岳園にのみ申し込む				
	<input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる または 申し込む予定				
	() ()		()		
	() ()		()		

申込者	住所	〒 ー (Tel)		
		(携帯)		
	ふりがな		続柄	
	氏名			

同意書	福井県または市町村から求められた場合には、この書類を提出することに同意します。			
	令和 年 月 日	氏名		印

- ※ 要介護度など申込状況に変更が生じた場合には、必ずご連絡願います。
- ※ 申込の際には、介護保険被保険者証の写し、直近1ヶ月分のサービス利用票及び別票の写し、主治医意見書の写しを添付してください。
- ※ 申込後に他の施設に入所するなどして申込の必要性がなくなった場合には、施設まで連絡してください。

