

- 特別養護老人ホームいなほの郷 入居申込書
- 特別養護老人ホームいなほの郷下山 入居申込書

希望する施設に☑してください

受付番号 受付日 令和 年 月 日

入居申込者	氏名	続柄	住所	電話番号
			〒	自宅 携帯

貴施設に入居したいので、次のとおり申し込みます。

入居希望者 氏名	フリガナ	性別	男 ・ 女			
		生年月日	大正・昭和	年	月 日 (歳)	
現住所	〒				電話番号 () -	
介護保険	被保険者番号	保険者名				
	要介護度	<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				
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割	利用者負担限度額認定証	無 ・ 有		
健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 生活保護		障害者手帳	無 ・ 有		
年金等	本人の収入 無 ・ 有 年金の1年間の総額 約 円					
現況	<input type="checkbox"/> 自宅 (単身・同居) <input type="checkbox"/> 病院に入院中 医療機関名 : <input type="checkbox"/> 施設に入所中 施設名 :					
医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ (人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	現在治療中の病気					
	病名		入院・通院医療機関名	期 間		
				年 月 ~ 年 月		
				年 月 ~ 年 月		
				年 月 ~ 年 月		
既往歴	既往歴					
	病名		入院・通院医療機関名	期 間		
				年 月 ~ 年 月		
				年 月 ~ 年 月		
				年 月 ~ 年 月		
				年 月 ~ 年 月		
意向	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入居したい 他の入居申込状況 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる ※申し込まれている施設名をご記入ください ()					
身元引受人	氏名 (フリガナ)	続柄	住所	電話番号		
			〒			
勤務先	T E L					

